

Intervenção Psicomotora com Pessoas com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais na CERCICA

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientadora: Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Júri:

Presidente

Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Vogais

Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Professor Doutor Marco Paulo Maia Ferreira

Bruno Miguel da Silva Soares

2019

Agradecimentos

Primeiramente, gostaria de agradecer ao S. pela motivação e boa disposição, mostrando estar sempre disposto a colaborar nas atividades.

Ao orientador local, o TSEER João Paixão, por estar sempre disponível para responder e esclarecer as dúvidas que foram surgindo ao longo do relatório, pela transmissão de conhecimentos e de confiança.

Aos Colegas da Cermov, por me terem recebido tão bem e pelo voto de confiança que me foram transmitindo ao longo do ano.

Seguidamente, agradecer à orientadora da Faculdade Motricidade Humana, a Professora Doutora Sofia Santos, um especial e grande obrigado por todo o seu apoio e dedicação, sempre pronta a responder a qualquer dúvida, na transmissão de conhecimentos e por motivar-me sempre em todos os aspetos na elaboração do presente relatório, sendo por isso um elemento fundamental.

À Dr.^a Ana Flores por me ter integrado de uma forma natural e motivante na instituição e de ajudar-me em tudo o que precisasse.

Não menos importante, quero agradecer aos meus familiares pelo apoio que me prestaram ao longo do percurso académico. Estando sempre comigo de corpo e alma.

À Catarina por me ter motivado sempre quando mais precisava, sendo um apoio importante na realização desta “caminhada”.

Resumo

Este relatório de estágio pretende dar a conhecer toda a atividade desenvolvida pelo estagiário no âmbito do Mestrado de Reabilitação Psicomotora, durante o ano letivo 2017/2018 na instituição CERCICA, mais concretamente no CerMov, prestando apoio a clientes de várias idades. Neste sentido, este documento encontra-se dividido em duas grandes partes: a primeira, dedicada ao enquadramento teórico e que pretende a caracterização da instituição de acolhimento, bem como do diagnóstico principal dos clientes para uma melhor compreensão do mesmo que se pretende repercutido ao nível de boas práticas, terminando com a abordagem da intervenção psicomotora como um dos apoios às pessoas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. A segunda parte retrata toda a prática psicomotora, desde o horário, passando pela progressão da atividade do profissional, os casos e contextos onde interveio, bem como pelo processo de avaliação, entre outros. Será ainda apresentado um estudo de caso, um adulto com Síndrome Rubinstein-Taybi, como exemplo mais pormenorizado de toda a intervenção, estruturada com base nos resultados iniciais. A avaliação final permitiu a análise da evolução do caso, bem como uma reflexão sobre a atividade do estagiário. As atividades extracurriculares serão listadas mesmo antes da conclusão e da reflexão pessoal sobre esta experiência de estágio.

Palavras-Chave: CerMov, dificuldade intelectual e desenvolvimental, estágio, intervenção psicomotora, síndrome Rubinstein-Taybi,

Abstract

This report aims to present the internship student's activity, of Psychomotor therapy Master of Faculdade de Motricidade Humana, in CERCICA during the academic year 2017_2018. The intervention took place in CerMov providing psychomotor supports to clients of all ages. This document is organized in two main parts. Firstly, there is a section dedicated to theoretical framework where it will be characterized the: institution; the main and most prevalent diagnosis of clients – Intellectual and Developmental Disability, and the approach of the psychomotor therapy as a support. This literature review allowed a better understanding of the all constructs and was the basis of the practical part. Secondly it will be presented the internship psychomotor activity, starting from the timetable, student activity's progression, clients and contexts of intervention, assessment and procedures. A study case – an adult with Rubinstein-Taybi, will be describe as a more detailed example of all intervention, which was based in initial assessment. Final assessment results allowed the discussion of data about the case progress as well as the reflection about the student activity. Extra-curricular activities will be list. Final conclusion and a personal reflection about the entire experience ends this report.

Keywords: CerMov, intellectual and Developmental Disability, Internship, Psychomotor Therapy, Rubinstein-Taybi Syndrome

Índice Geral

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract	ii
Índice Geral	iii
Índice de Figuras	iv
Índice de Tabelas	iv
Introdução	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E INSTITUCIONAL	3
1.1. FENACERCI e o Aparecimento das Primeiras CERCI's	3
1.2. Percurso Histórico da CERCICA.....	3
1.3. Missão, Visão e Valores.....	4
1.4. Organização Geral da CERCICA	4
1.5. Apoios e Orçamentos	6
1.6. Política de Qualidade.....	7
1.7. Serviços e Programas Prestados.....	7
1.8. População-Alvo.....	11
1.9. Caracterização da Equipa Técnica	12
1.10. Horários de Funcionamento.....	12
1.11. Articulação com a Família.....	12
1.12. Articulação com a Comunidade	13
2. Caracterização da População-Alvo	15
2.1. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID).....	15
2.2. Classificação.....	17
2.3. Etiologia.....	18
2.4. Caracterização.....	19
2.4.1. Características Cognitivas	19
2.4.2. Características Psicomotoras.....	20
2.4.3. Características da Comunicação e Linguagem	21
2.4.4. Características Socioemocionais	23
2.5. Os Casos de Intervenção.....	24
2.6. Síndrome Rubinstein-Taybi.....	26
3. Da Psicomotricidade à Intervenção Psicomotora	28
3.1. Contextos da Intervenção Psicomotora na DID - Meio Aquático	31
4. PRÁTICA DO ESTÁGIO CURRICULAR	33
4.1. Organização e Duração da Intervenção Psicomotora do Estágio.....	33
4.2. Horário de Estágio	33
4.3. Fases de Intervenção	34

4.3.1. Fase de Observação Participada	34
4.3.2. Fase de Intervenção Supervisionada	35
4.3.3. Fase de Intervenção Autônoma	36
5. População-Alvo da Intervenção Psicomotora.....	36
5.1. Avaliação dos Clientes na Intervenção Psicomotora.....	38
5.2. Organização das Sessões	39
6. Estudo de Caso.....	43
6.1. Caracterização do Estudo de Caso: S.G.....	44
6.2. Avaliação Psicomotora	45
6.3. Instrumentos de Avaliação.....	45
6.4. Procedimentos	49
6.5. Avaliação Inicial	49
6.6. Implementação do Programa de Intervenção Psicomotora	52
6.7. Apresentação dos Resultados	53
6.8. Discussão dos Resultados.....	55
7. Outras Atividades realizadas no Estágio	59
8. Conclusão e Reflexão Pessoal	61
9. Referências Bibliográficas	65
10. Anexos.....	76
10.1. Anexo A	76

Índice de Figuras

Figura 1. Organograma da CERCICA (Cercica, 2010c).	5
Figura 2. Horário do Estágio Curricular II.	34

Índice de Tabelas

Tabela 1. Clientes com que o estagiário interveio ao longo do ano letivo.	37
Tabela 2. Perfil Psicomotor Intraindividual do S.G. (Áreas Fortes e a Desenvolver). ..	52
Tabela 3. Objetivos Gerais, Específicos e Estratégias no S.G.	53
Tabela 4. Resultados obtidos pelo S.G. no Teste de avaliação Psicomotor nos dois momentos de avaliação inicial e final.....	53
Tabela 5. Resultados obtidos pelo S.G. na ECAP nos dois momentos de avaliação inicial e final.	54

Introdução

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito da unidade curricular do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), no 2º ano de Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade de Lisboa, para a obtenção de grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora. O presente estágio tem por base a área de intervenção Funcionalidade e Qualidade de Vida.

O RACP pretende promover um conhecimento aprofundado na área de Reabilitação Psicomotora, do ponto de vista científico e metodológico, no âmbito do planeamento e coordenação entre serviços, com a população a quem se presta o apoio, em diferentes contextos e áreas de intervenção, ao mesmo tempo que apela à implementação de novas práticas de intervenção e programas, procurando conferir um carácter inovador à sua conceção (Regulamento Interno do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais - RIRACP, 2016). O estágio é um local onde o estudante adquire novas competências nos domínios da intervenção psicomotora através de uma aprendizagem e treino específico da atividade profissional, intentando em facilitar a sua inserção no mercado de trabalho (RIRACP, 2016).

O psicomotricista, no seu local de estágio, deve procurar colocar em prática os seus conhecimentos teóricos, nomeadamente ao nível da avaliação, elaboração e aplicação de programas de intervenção psicomotora. Adaptando-os às características das pessoas com quem intervém (RIRACP, 2016). Ainda na mesma linha de pensamento, pretende-se que o estagiário seja uma pessoa ativa no contexto, assumindo o seu papel enquanto elemento da equipa multidisciplinar, partilhando conhecimentos com a equipa e fazendo parte do planeamento de objetivos em interação com os mais variados intervenientes, significativos, como os familiares o indivíduo e técnicos (RIRACP, 2016).

No âmbito da área interventiva específica da Funcionalidade e Qualidade de Vida, a atividade de estágio pretende o desenvolvimento de competências específicas, tais como: desenvolver metodologias e instrumentos específicos de avaliação e intervenção para as diversas situações de necessidades de apoio, com consequências no planeamento da intervenção psicomotora em causa para o sujeito (RIRACP, 2016).

O presente relatório encontra-se dividido em duas partes: no primeiro capítulo, de carácter mais teórico, será abordado o enquadramento institucional, i.e., a caracterização da instituição de acolhimento nomeadamente em termos de história, organização, missão, visão e valores, espaços físicos, diferentes tipos de serviços e população atendida. De seguida, será feita uma revisão da literatura sobre Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento (DID) ao nível da sua definição, etiologia, classificação e características, e suas principais comorbilidades, assim como da síndrome Rubinstein-

Taybi, por ser o diagnóstico do estudo de caso, servindo de base para a melhor compreensão das características evidenciadas pelo caso e, conseqüentemente para um planeamento que se pretendeu o mais adequado ao indivíduo. Ainda neste âmbito, será feita uma abordagem teórica sobre a psicomotricidade e a importância da intervenção psicomotora, como apoio à população adulta com DID, no contexto onde se inseriu o presente trabalho.

A segunda parte deste relatório basear-se-á na componente prática, através da descrição de todo o percurso do estagiário desde o primeiro dia até ao momento final de estágio. Neste âmbito, será apresentado o horário concretizado ao longo do ano letivo, bem como a progressão da intervenção do estagiário – desde a observação inicial do funcionamento da instituição (projetos existentes, salas e atividades) até à intervenção mais autónoma do estagiário, os casos e contextos onde se interveio, até à descrição do estudo de caso – um adulto com síndrome de Rubinstein-Taybi, que pretende servir como um exemplo pormenorizado de toda a atividade do estagiário: desde a sua caracterização individual, a avaliação concretizada, os procedimentos éticos a que se dedicou particular atenção, a descrição do programa psicomotor especificamente planeado para o caso, com a posterior apresentação e discussão dos resultados obtidos, com o duplo objetivo: analisar a progressão do caso e a qualidade da intervenção do estagiário. Antes das conclusões e reflexão pessoal sobre toda a experiência, serão ainda listadas outras atividades em que o estagiário participou, mas que não constavam inicialmente no horário previsto, e que permitiram uma forma diferente de estar em contacto com os clientes, seus familiares e até outros profissionais da CERCICA e de outras instituições.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E INSTITUCIONAL

Neste capítulo, será feita uma abordagem insituicional do local onde foi realizado o Estágio, por forma a dar a conhecer a instituição CERCICA.

1.1. FENACERCI e o Aparecimento das Primeiras CERCI's

A FENACERCI - Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social – é a entidade que atualmente engloba as 53 CERCI's existentes em Portugal, sendo que esta estrutura defende os interesses e os direitos das pessoas com DID (Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental) e suas famílias (FENACERCI, 2013-2015a). As CERCI's surgiram a partir de um grupo de pais, técnicos e outras pessoas interessadas na DID a partir da década de 70, com o intuito de encontrar respostas para as necessidades de crianças, jovens e adultos com deficiência e promover a sua inclusão na sociedade (FENACERCI, 2013-2015b).

O trabalho desenvolvido inicialmente pelas CERCI's ocorriam no âmbito da Educação através das Escolas de Educação Especial para crianças com DID e ou/multideficiência, ocorrendo posteriormente, a necessidade de uma visão mais abrangente para as mesmas, tendo-se em consideração a sua faixa etária, dificuldades e necessidades individuais (FENACERCI, 2013-2015b). Neste sentido, surge um número alargado de Cooperativas, entre os quais os Centros de Formação Profissional, Centro de Apoio Ocupacional, Unidades Residenciais, Unidades de Intervenção Precoce, Centros de Emprego Protegido, Enclaves e Unidades de Apoio à Família, Apoio Domiciliário, entre outros (FENACERCI, 2013-2015b).

Englobada na FENACERCI encontra-se a CERCICA, instituição onde decorreu todo o estágio. Passa-se assim a descrever o seu percurso histórico, a missão, visão e valores defendidos por esta e posteriormente a sua organização geral.

1.2. Percurso Histórico da CERCICA

A CERCICA - Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais – surge a 11 de março de 1976, e como referido anteriormente, nasce como fruto da dedicação de um grupo de pais, técnicos e outras pessoas interessadas em dar respostas às necessidades educativas de crianças e jovens com DID, cuja entrada para a escola era rejeitada (CERCICA, 2010a). Desta forma, foi criado um projeto pedagógico na zona do Estoril que envolveu 15 crianças, que de outra forma não teriam acesso à educação (CERCICA, 2015a).

Atualmente, a CERCICA localiza-se no concelho de Cascais (Lisboa), mais propriamente na freguesia do Estoril – Livramento, sendo considerada uma Cooperativa

de Solidariedade Social (CERCICA, 2015a). Esta Cooperativa enquadra-se no setor da Economia Social – também conhecido por Terceiro Setor, cujas organizações têm missões sociais e económicas (Manual de Acolhimento – CERCICA, 2015a). Além disso, está equiparada a Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), de índole complementar nos domínios da educação e reabilitação social, relativamente ao Setor Público (Manual de Acolhimento - CERCICA 2015a). Ao longo dos anos a CERCICA tem desenvolvido inúmeros serviços de apoio e de intervenção à população com DID, através de Programas e Respostas Sociais e estratégias de Empreendedorismo (CERCICA, 2015a), descritos mais à frente.

Terminado este breve relato histórico, são apresentadas de seguida as razões pela qual existe esta instituição, através da sua missão, visão e valores.

1.3. Missão, Visão e Valores

A missão e visão desta instituição passa por promover a qualidade de vida (QdV) e inclusão de pessoas com DID, tendo uma abertura/articulação com as famílias e algumas entidades públicas no sentido de se criarem oportunidades inclusivas e desta forma, cidadãos autónomos (CERCICA, 2010b). Assim, o *respeito* é um dos valores a ser seguido, na medida em que devem ser reconhecidos os Direitos e Deveres dos clientes; a *inovação* deve estar presente, através da partilha, criatividade e flexibilidade entre os técnicos; a *transparência* deverá refletir o rigor e honestidade do todo o seu funcionamento; a responsabilidade deverá ser vista num contexto de trabalho em equipa; a *confiança* para com os clientes, comunidade e colaboradores deverá existir; o *empreendedorismo* deverá ser promovido através de projetos que contribuam para uma melhoria das respostas a uma sociedade inclusiva (CERCICA, 2010b).

A atuação do estagiário também foi pautada por estes princípios, no sentido do respeito pela pessoa/cliente (e respetivas famílias) com quem se intervinha ao nível das capacidades e necessidades, mas também pelos gostos e preferências individuais, cujo conhecimento a partir do qual se procurou inovar com métodos e atividades de cariz psicomotor, num processo de transparência e com o acordo de todos os intervenientes, assumindo o estagiário a sua responsabilidade enquanto elemento da equipa, construindo redes de confiança e de parcerias. Conhecidos os seus princípios, é apresentado de seguida a organização geral desta instituição, para uma melhor compreensão do seu funcionamento.

1.4. Organização Geral da CERCICA

De modo a entendermos a organização desta instituição, bem como os órgãos sociais e as diferentes áreas que a constituem, podemos observar a figura 1 (CERCICA, 2010c). A CERCICA é uma instituição estatal, sem fins lucrativos (CERCICA, 2010a) formada

por diversos corpos sociais (destacando-se a Assembleia Geral, o Conselho Fiscal e a Direção (CERCICA, 2010d). As diferentes áreas de intervenção dividem-se pelas diferentes respostas: Respostas Empreendedoras, Recursos para a comunidade e Respostas Sociais, Apoio a Gestão, Suporte e Logística.

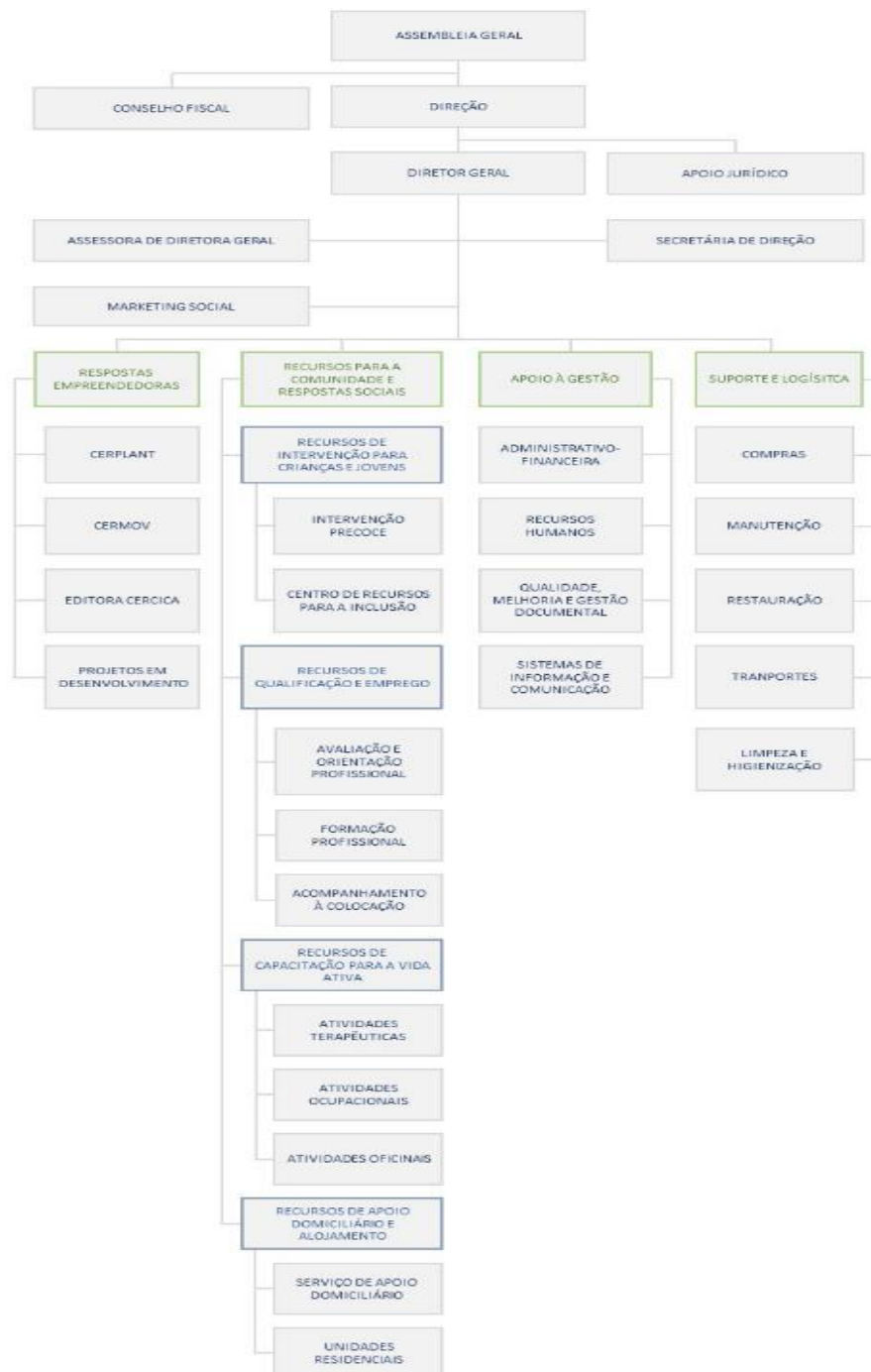


Figura 1. Organograma da CERCICA (Cercica, 2010c).

Conhecida a organização geral da instituição, serão mencionados agora os apoios e parcerias que possui com diferentes identidades, sem os quais não era possível a existência de diferentes recursos e serviços na instituição.

1.5. Apoios e Orçamentos

De modo a assegurar os serviços prestados, a CERCICA usufrui de vários tipos de apoio garantidos por diferentes entidades e de ajudas provenientes de entidades financiadoras de estruturas e dos projetos, parcerias, do mecenato e ainda do voluntariado. Segundo a CERCICA (2010e), as entidades financiadoras de estruturas são: a Câmara Municipal de Cascais (CMC), o Instituto do Emprego e Formação Profissional, a Segurança Social, o Governo da República Portuguesa, o Fundo Social Europeu, a POPH e o Quadro de Referência Estratégico Nacional. As entidades financiadoras de projetos são: a Associação D. Pedro V, o Montepio, a Vodafone, a Câmara Municipal de Cascais, o Instituto Nacional para a Reabilitação e a Lusitânia – Grupo Montepio.

No que concerne às parcerias, a CERCICA (2010f) refere que representam uma cooperação entre diferentes organizações na implementação e monitorização de projetos, de forma direta ou indireta com vista a alcançar objetivos comuns. Ainda no mesmo ponto, CERCICA (2010f) informa que ao estabelecer relações e parcerias, promove e desenvolve as atividades de ambas as organizações, fundamentando uma cultura de inclusão onde permite a participação dos vários públicos. Existem parcerias de diversos tipos, nomeadamente na formação de posto de trabalho, nas atividades socialmente úteis e na educação e desenvolvimento (CERCICA, 2010g). A CERCICA também faz parte de diversas organizações, tais como: Associação Hípica de Cascais, do Banco de Voluntariado de Cascais, da Plataforma SAD+, da CPD – Comissão para a Pessoa com Deficiência do Concelho de Cascais, do Conselho Local de Ação Social (CLAS), do Fórum Municipal de Violência Doméstica de Cascais, do Clube Português de Canicultura, Lisboa, da FENACERCI, Lisboa e do Special Olympics (CERCICA, 2010g).

A CERCICA também beneficia do mecenato, baseando-se no usufruto do benefício da consignação de 0,5% do IRS das pessoas singulares, referido no Decreto-Lei nº 91/2009, 31 de agosto. Segundo a CERCICA (2010h), também existe a possibilidade de as pessoas singulares conseguirem benefícios fiscais fazendo donativos. A CERCICA conta, ainda, com a ajuda do voluntariado, que consiste num conjunto de ações no âmbito social por pessoas de uma forma desinteressada, sem fins lucrativos, com interesse social em serviços, projetos dos indivíduos, das famílias e da comunidade, podendo ser realizadas por empresas privadas ou públicas, tal como refere o art.º 2.º da Lei n.º 71/98, de 3 de novembro.

É importante referir que a CERCICA dispõe de um orçamento de receita proveniente maioritariamente pelo subsídio por parte do Ministério da Solidariedade e Segurança Social, do Ministério da Educação e Ciência (CERCICA, 2018).

É apresentada, de seguida, a política de qualidade pela qual a CERCICA se baseia e se compromete a providenciar os apoios e serviços aos clientes e à comunidade.

1.6. Política de Qualidade

De acordo com a CERCICA (2012), a política de qualidade fundamenta-se na prestação de serviços e apoios adequados às necessidades dos clientes, bem como facilitar e desenvolver a autonomia e inclusão dos clientes na sociedade. Assim sendo, a CERCICA (2012) diferencia vários compromissos: a intervenção e os serviços prestados são direcionados ao cliente, de acordo com as suas necessidades, capacidades e expectativas; a constante melhoria dos serviços prestados; seguir e monitorizar o desenvolvimento da instituição através de autoavaliação e de avaliações externas, criando assim uma instituição sustentável; permitir que os colaboradores e funcionários estejam motivados, habilitados e que se envolvam numa resposta eficaz a dar aos desafios da instituição e em sintonia com a missão, visão e valores da CERCICA; promover a inclusão de pessoas com dificuldades na comunidade, criando parcerias no âmbito social e comunitário; divulgar de acordo com os requisitos legais das atividades, dos procedimentos e dos resultados da política de qualidade e do sistema que a suporta.

A prática de estágio na Cercica reviu-se nestes princípios, na medida em que o psicomotricista tem como objetivo na sua intervenção promover a funcionalidade e autonomia dos clientes, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida, tendo em conta os seus interesses e necessidades. Esta intervenção é focada no cliente, de modo a proporcionar o máximo bem-estar e capacidades.

1.7. Serviços e Programas Prestados

A CERCICA (2010c) dispõe de várias respostas, nas quais se encontram englobados diversos programas/serviços, cujos objetivos principais serão mencionados de seguida. Estes serviços podem ser enquadrados ou no âmbito de **Respostas Empreendedoras** ou de **Recursos para a Comunidade e Respostas Sociais** (CERCICA, 2015a), *pelo que em seguida será feita a descrição de ambas.*

As Respostas Empreendedoras englobam os seguintes programas/serviços (CERCICA, 2015a):

1. **CerPlant:** consiste na produção de plantas, construção e manutenção de espaços verdes, com sustentabilidade ambiental e económica, contribuindo para a inclusão de pessoas com DID e/ou em risco;
2. **Editora CERCICA:** visa a produção de conteúdos lúdicos e educativos para o público em geral, de modo a promover a inclusão (CERCICA, 2015a); a editora surge com o objetivo de disponibilizar o acesso à leitura a todas as crianças e jovens, independentemente das suas capacidades, e também promover o gosto da leitura (CERCICA, 2010z). O Projeto 4 leituras baseia-se no conceito de desenho universal e conta com o apoio do Ministério de Educação e da Câmara Municipal de Cascais, sendo inclusivamente recomendado para o Plano Nacional de Leitura (CERCICA, 2010z). O desenvolvimento das histórias e ilustrações vai ao encontro das características específicas das crianças, sem necessidades de adaptações de cada livro (CERCICA, 2010z). A editora dedica especial atenção à resistência do material, facilidade de utilização dos livros e uma cuidadosa acessibilidade da informação visual, sendo que cada livro é apresentado de quatro maneiras diferentes (CERCICA, 2010z):
 - ✓ *Versão escrita com DVD interativo que inclui versão áudio* – pode-se ouvir a história narrada, bem como ter acesso a conteúdos pedagógicos;
 - ✓ *Versão adaptada em Símbolos Pictográficos para a Comunicação (SPC)* – destinado a pessoas com dificuldade em comunicar, ou para crianças pré leitoras na compreensão de histórias, utilizando-se a linguagem verbal. É realizada por uma terapeuta da fala, estando também disponível em formato DVD e em formato digital, com possibilidade de impressão;
 - ✓ *Versão em Língua Gestual Portuguesa (LGP)* – encontra-se também disponível em formato DVD, integra um filme em 2D; além da história narrada por um intérprete de LGP (Linguagem Gestual Portuguesa) também integra a narração oral da história; e
 - ✓ *Versão em Braille e em formato Daisy* – promove momentos de partilha e cria momentos de diálogo; também engloba um livro em braille impresso com a história e ilustrações em relevo, implicando um software específico, como impressoras braille e máquina de relevo; e
3. **CerMov:** com o desenvolvimento de intervenções terapêuticas e lúdico-recreativas, visa a promoção de saúde e a condição de saúde quer de pessoas com DID, quer do público em geral, para uma melhor QdV e plena cidadania (CERCICA, 2015a). É

de referir que todo o Estágio decorreu no âmbito das atividades englobadas na CerMov.

A CerMov assume-se como resposta empreendedora e para o exterior, sendo que a instituição possui um “acordo cooperação” com a CMC que visa a prestação de serviços da CerMov que o Ministério da Educação não financia (e.g.: ao nível da hidroterapia, fisioterapia ou psicomotricidade) para crianças que não foram abrangidas pelo financiamento ministerial, mas que necessitam desses tipos de intervenção. As crianças vêm dos diferentes agrupamentos de escolas, e são sinalizadas através do Centro de Recursos para a Inclusão (CRI).

A equipa da CerMov é constituída por 20 pessoas, sendo que quatro são vigilantes (prestam apoio nos balneários e na carrinha), sete Técnicos superiores de Educação Especial e Reabilitação (TSEER) e psicomotricistas, um professor de Educação Física, e cinco fisioterapeutas. A CerMov encontra-se englobada no Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), no entanto também dispõe de atividades para a comunidade (e.g.: hidrosénior, psicomotricidade em meio aquático para crianças) e de vários projetos para os clientes do CAO e para a comunidade, como o “Surf na CERCICA” (suspensão no período de setembro de 2017), o “Oh Gui” (rugby adaptado), o “Nada Lá” (natação), “Colónias de Férias na CERCICA”, a expressão corporal, o Atendimento Tempos Livres (ATL) especializado, a dança, a hidroginástica, e outros eventos anuais como o HidroHalloween, o Sun Set Party, entre outros (CERCICA, 2018).

O estagiário teve uma participação ativa no projeto de rugby adaptado “OH Gui” através da avaliação dos clientes do CAO da Cercica, tendo participado também no ATL especializado, três dias por semana das 16h até 18h e acompanhado os clientes do ATL durante as férias letivas. Participou ainda na hidrosénior, e no evento anual HidroHalloween (descritas mais à frente neste relatório).

Em seguida, são apresentadas as diferentes respostas que se incluem nos **Recursos para a Comunidade e Respostas Sociais** (CERCICA, 2015a):

1 - Recursos de Intervenção para Crianças e Jovens: visa desenvolver intervenções especializadas e terapêuticas a crianças e jovens devidamente diagnosticadas com necessidades educativas especiais (NEE), de forma a garantir um melhor percurso educativo, onde se englobam os seguintes serviços:

- *Intervenção Precoce (IP)* - Apesar da IP se apresentar como uma resposta no organograma da CERCICA de acordo com a Dra. Ana Flores (coordenadora da CerMov), na realidade a instituição apenas participa na equipa local de Intervenção

Precoce de Cascais, onde estão representantes da CERCICA (Flores, 2015); a IP destina-se a apoiar crianças entre os 0 e os 6 anos que se encontrem em risco de ter alterações ou que tenham alterações funcionais e estruturais do corpo ou que apresentem riscos ao nível do seu desenvolvimento; são realizadas ações preventivas e reabilitativas e é também dado apoio à família (Manual de Acolhimento – CERCICA, 2015a);

- *Centro de Recursos para a Inclusão (CRI)* – Visa a promoção, nas escolas, de meios técnicos e recursos humanos especializados para crianças e jovens com NEE, de forma a facilitar o seu desenvolvimento e promover a inclusão na escola e comunidade (CERCICA, 2015a).

2 - Recursos de Qualificação e Emprego que objetivam a promoção de ações de avaliação, a orientação, a formação profissional e o acompanhamento de pessoas com DID de forma a potenciar o seu acesso no emprego, manutenção ou progressão no mesmo, contribuindo assim, para a sua inclusão (CERCICA, 2015a) e envolve:

- *Avaliação e Orientação Profissional* - ou seja, apoio às pessoas com DID e outras que se encontram inscritas no Centro de Emprego, ajudando-as nas suas tomadas de decisão vocacional para posterior inserção no mercado de trabalho, através da informação, avaliação e orientação profissional que lhes é fornecida (CERCICA, 2010l; CERCICA, 2015a);
- *Formação Profissional (FP)* – englobando pessoas com DID com idade superior a 16 anos, e cuja atuação se concretiza através de ações de formação e qualificação profissional em parceria com as entidades ligadas à CERCICA; e
- *Acompanhamento à Colocação* – com o objetivo de assegurar apoio à colocação e garantir um acompanhamento pós-colocação às pessoas com DID e às Entidades Empregadoras, para a inserção profissional com sucesso (CERCICA, 2015a).

3 - Recursos de Capacitação para a Vida Ativa/Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) cuja missão passa por dar resposta a pessoas maiores de 16 anos, com DID e outras, através de atividades criativas e inovadoras que potenciem as suas capacidades, qualidade de vida e bem-estar (CERCICA, 2015b):

- *Atividades Terapêuticas* – com o objetivo de manutenção das capacidades e da QdV de pessoas com DID em situação de maior dependência, através da promoção de atividades (CERCICA, 2015a);
- *Atividades Ocupacionais* – que visam a manutenção e o desenvolvimento das capacidades e autonomia de pessoas com DID (CERCICA, 2015a); e

- *Atividades Oficiais* – que objetivam a manutenção e desenvolvimento das capacidades, competências e autonomia de pessoas com DID, através da produção de bens e do desenvolvimento de produtos, promovendo a sua inclusão.

4 - Recursos de Apoio Domiciliário e Alojamento, onde se encontram incluídos (CERCICA, 2015a):

- *Serviços de Apoio Domiciliário* ou prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, para pessoas com DID, contribuindo para a sua autonomia e QdV (CERCICA, 2015a); e
- *Unidades Residenciais* – Promoção de alojamento a pessoas com DID, maiores de 16 anos, com vista a uma maior autonomia e QdV através da prestação de cuidados individualizados de acordo com as necessidades de acolhimento, cuidados pessoais, instrumentais e de reabilitação (CERCICA, 2015a).

5 - Serviços de Apoio à Gestão, Suporte e Logística que visam apoiar as várias respostas para um funcionamento mais eficaz e atendimento de qualidade às expectativas e necessidades dos clientes (CERCICA, 2015a):

- *Serviços de Apoio à Gestão* - a nível Administrativo-financeiro, Recursos Humanos, Qualidade, Melhoria e Gestão Documental e Sistemas de Informação e Comunicação; e
- *Suporte e Logística* - relativo às compras, manutenção; restauração; transportes; roupa e à limpeza e higienização).

Compreendidas as diferentes respostas, é apresentada de seguida uma abordagem sobre a quem se destinam os serviços prestados pela CERCICA, assim como se processa a candidatura e as políticas de recrutamento e de seleção, seguida da caracterização da equipa técnica, os horários de funcionamento e por fim, a articulação com a família e comunidade.

1.8. População-Alvo

Para os clientes poderem usufruir dos serviços prestados pela instituição têm que preencher uma candidatura que é feita através de uma inscrição: caso o cliente se insira nos critérios de admissão, num momento inicial ou entra ou fica em lista de espera, dependendo do número de vagas existente em cada serviço (CERCICA, 2013a).

A política de recrutamento e de seleção, segundo a CERCICA (2013b), rege-se por vários princípios: *igualdade de oportunidades* garantida pelos requisitos de acesso iguais para todos os candidatos; *não discriminação* que é certificada por uma seleção com critérios de base; potencializar *serviços de qualidade* através do perfil do candidato,

o perfil da função e o perfil da equipa; é garantida a *confidencialidade* no processamento e da avaliação dos dados dos candidatos; aplicação dos processos e procedimentos com *rigor* em protocolos de avaliação dos possíveis candidatos.

1.9. Caracterização da Equipa Técnica

De acordo com a CERCICA (2018), contabilizam-se 198 colaboradores, divididos pelos diversos serviços prestados e áreas de apoio.

Na intervenção precoce existe um terapeuta da fala e um psicólogo que participam na equipa ELI local (CERCICA, 2010j); no CRI existem terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, psicólogos e um fisioterapeuta (CERCICA, 2010k); a equipa da Formação Profissional é formada por professores, psicólogos, formadores, técnicos de acompanhamento à inserção, animadores socioculturais (CERCICA, 2010m); o Apoio à Colocação é constituído por formadores e técnicos de acompanhamento à inserção (CERCICA, 2010n); a equipa multidisciplinar de Atividades Ocupacionais é constituída por psicólogos, terapeutas, educadores, monitores, vigilantes e outros técnicos especializados nas áreas artísticas (CERCICA, 2010o); a equipa multidisciplinar das Unidades Residenciais é composta por técnicos de serviço social, psicólogos, animadores socioculturais e monitores (CERCICA, 2010p) e, por fim, o Apoio Domiciliário é constituído por uma equipa multidisciplinar onde se inserem, técnicos de serviço social, psicólogos, fisioterapeutas auxiliares e ajudantes de família (CERCICA, 2010q).

1.10. Horários de Funcionamento

Segundo a CERCICA (2015b), o CAO está aberto todo o ano, fechando apenas no mês de agosto, com o horário de funcionamento das 8h30 às 17h, de 2º a 6º feira.

O Serviço de Apoio Domiciliário abrange os feriados e encontra-se em funcionamento de Segunda a Domingo das 9h00 às 18h00; conforme as necessidades dos clientes pode abranger os 365 dias por ano (CERCICA, 2015b). As Unidades de Residência funcionam todos os dias da semana, tendo algumas diferenças: de Segunda a Quinta-feira funciona das 17h00 às 8h30 do dia seguinte, sexta-feira das 17h00 às 8h30 de segunda-feira, sendo que os clientes ficam na residência aos fins-de-semana; nos feriados funciona 24 horas (CERCICA, 2015c).

1.11. Articulação com a Família

A CERCICA apresenta um gabinete de apoio que permite encaminhar e intervir de uma forma adequada com os clientes, potenciais clientes e famílias que se encontrem em situação de exclusão social ou com dificuldades socioeconómicas (CERCICA, 2010r).

Este gabinete de apoio (CERCICA, 2010r) tem como princípios orientadores: assegurar um atendimento personalizado com profissionais qualificados; encaminhar corretamente as famílias dos clientes da CERCICA de acordo com as necessidades, expectativas e faculdades; facultar, sempre que necessário, informações sobre Prestações Sociais; permitir a ligação entre a família e a instituição.

1.12. Articulação com a Comunidade

Numa abordagem de reabilitação sustentada na sociedade, a CERCICA trabalha em parceria com várias entidades, através da combinação de esforços das pessoas com deficiência, famílias, empresas, organizações governamentais e não-governamentais, com o objetivo de sensibilizar e contribuir para uma inclusão adequada à pessoa com deficiência (CERCICA, 2010s). Os serviços que a CERCICA disponibiliza para a comunidade são (CERCICA, 2010s):

1 - Domínios da saúde e bem-estar (CERCICA, 2010t): consultas, terapias, ginásio e piscina em vários domínios:

- *Terapia familiar* – para a resolução de problemas a nível das relações e da comunicação entre a família;
- *Psicologia* – prestar apoio indo ao encontro das necessidades do indivíduo no âmbito das relações sociais e/ou emocionais, na resolução de problemas, permitindo a aquisição de novas competências; e
- *Terapia da fala* - para o desenvolvimento de atividades nos domínios da prevenção, avaliação e tratamento das diversas perturbações da comunicação humana, quer a componente verbal, da expressão da linguagem escrita e da oral, e também a componente não-verbal.

De acordo com a CERCICA (2010u), as **terapias** que a instituição realiza são:

- *Hidroterapia* – onde são utilizadas as propriedades da água bem como os seus efeitos, aplicando técnicas de fisioterapia e psicomotricidade;
- *Psicomotricidade* – incidindo essencialmente: a nível corporal, relacional e cognitivo para promover/ manter as capacidades psicomotoras e de relação;
- *Fisioterapia* – cujo objetivo é tratar, habilitar ou reabilitar clientes com disfunções de natureza física, mental e desenvolvimental, ajudando-as a atingir a máxima funcionalidade e, conseqüentemente uma melhor QdV;
- *Equitação terapêutica* – para promover o desenvolvimento biopsicossocial na pessoa com deficiência; e

- *Correção postural* – visa uma melhor atitude postural.

No que concerne ao ponto das terapias, o estagiário participou ativamente na hidroterapia em grupo e em individual, assim como na parte da psicomotricidade individual e em grupo, promovendo o desenvolvimento dos sujeitos, mais concretamente no grupo do ATL, como irá ser abordado posteriormente. Este tipo de intervenção realizou-se com crianças e adultos.

No que concerne às atividades na **piscina**, a CERCICA (2010v) distingue as seguintes:

- *Hidroginástica* – visa a melhoria a resistência cardiorrespiratória, força, resistência muscular localizada, flexibilidade ou mobilidade articular e composição corporal;
- *Hidrosénior* – com uma estrutura/conceito semelhante às aulas de hidroginástica, mas com adaptações à população com mais de 55 anos;
- *Natação Bebés* – para a adaptação ao meio aquático de crianças dos seis meses aos três anos, sendo necessário o acompanhamento de um adulto;
- *Natação Crianças 3 – 6 anos* – promoção do desenvolvimento psicomotor e aprendizagem de algumas técnicas de natação;
- *Natação Crianças (maiores de 6 anos)* – aperfeiçoamento das técnicas de natação;
- *Natação Adultos* – manutenção e aperfeiçoamento das técnicas de natação; e
- *Natação Adaptada* (individual ou em grupo) – ensino de técnicas de natação a crianças com NEE, sempre acompanhadas por um técnico; cada grupo é constituído no máximo por quatro pessoas.

Por fim, no âmbito do **ginásio** a CERCICA promove diversas modalidades tais como (CERCICA, 2010x):

- *Dança* – o objetivo é a expressão de experiências do indivíduo através do corpo, promovendo coordenação motora, atenção, memória, componente cognitiva, social, emocional e física do cliente;
- *Educação física* – promove as competências sociais, a condição física e aquisição de diferentes capacidades específicas de modalidades desportivas;
- *Atividade motora adaptada* – para a promoção do movimento e aperfeiçoamento de competências (e.g.: coordenação e equilíbrio);

- *Localizada* – para tonificação muscular, melhoria da capacidade respiratória, flexibilidade e da coordenação motora; e
- *Pilates* – trabalham-se os músculos posturais, a flexibilidade, a força e a resistência, servindo também para aliviar a tensão e o stress.

Relativamente ao ginásio, como referido anteriormente, e indo ao encontro da mesma ideia, o estágio incidiu-se mais na parte da atividade motora adaptada através da criação de atividades de grupo que promovam o desenvolvimento psicomotor dos sujeitos (e.g. equilíbrio, coordenação motora).

Resumindo, a Cercica atende uma população diversa com perturbações distintas e uma grande heterogeneidade de características, pelo que, será abordado no capítulo seguinte, a caracterização do diagnóstico mais prevalente – DID, apresentado pelos clientes da CERCICA e com os quais o estagiário interveio, para uma melhor compreensão desta perturbação, considerando todavia a heterogeneidade na manifestação das características, que se pretende que repercuta em planeamentos psicomotores mais ajustados a cada caso.

2. Caracterização da População-Alvo

De seguida, será feita uma contextualização no que se refere à população-alvo atendida na CERCICA, nomeadamente a Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID), sendo referida a sua definição, classificação, etiologia e características associadas aos diferentes aspetos do desenvolvimento dos sujeitos com DID.

Posteriormente será ainda feita uma correlação entre o que a literatura apresenta, com os casos observados e com os quais se interveio durante a prática do estágio.

2.1. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID)

Ao longo do tempo é possível constatar a existência de diferentes definições e terminologias utilizadas para a designação do termo que será utilizado ao longo deste documento – a Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (Luckasson et al., 2002; Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2007; Santos e Morato, 2012; Schalock et al., 2007; Schalock et al., 2010).

As razões subjacentes para esta renomeação, inerentes ao paradigma atual, passam por não considerar apenas sujeito-pessoa, em termos biológicos e pelas suas características, mas também pela qualidade das interações que estabelece com o seu envolvimento (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2007; Schalock et al., 2010).

Assim, esta “construção” de DID desenvolveu-se numa perspectiva de interação entre o sujeito e o seu envolvimento, baseada na premissa que com a provisão de um perfil de apoios individualizados, o desempenho e o funcionamento da pessoa melhora, bem como a sua qualidade de vida (Luckasson et al., 2002; Salvador-Carulla et al., 2011; Schalock et al., 2007; Schalock et al., 2010; Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2009;).

A definição atual de DID passa por três critérios, sendo caracterizada por dificuldades no 1) funcionamento intelectual e no 2) comportamento adaptativo, manifestadas nas áreas conceptuais, sociais e práticas, surgindo 3) antes dos 18 anos de idade (Crnic, Neece, McIntyre, Blacher e Baker, 2017; Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2007; Schalock et al., 2010; Tassé, Luckasson e Schalock, 2016). Esta definição é também reportada pela American Psychiatric Association (APA, 2013) na sua mais recente versão que difere, contudo, no último critério e optando pela expressão de período desenvolvimental. Para Harris (2010), a DID é uma perturbação de desenvolvimento que limita a participação plena do indivíduo na interação com o envolvimento, afetando aprendizagens e relações socio-emocionais dos sujeitos (Harris, 2006).

Neste âmbito devem considerar-se cinco premissas para uma melhor compreensão da DID (Luckasson et al., 2002; Luckasson e Schalock, 2013; Schalock et al., 2007; Schalock et al., 2010; Smith, 2003): as dificuldades devem ter em conta o contexto em que o indivíduo se insere, bem como as expectativas para o escalão etário e valores socioculturais; a avaliação deve considerar a diversidade cultural e linguística, sensoriomotora, comunicação e comportamental; a coexistência de limitações e áreas fortes em todas as pessoas; a importância de um plano individual com os apoios necessários; que se ajustado contribuir para uma melhoria significativa na qualidade de vida das pessoas.

No âmbito da avaliação da capacidade intelectual e para o diagnóstico de DID, Schalock et al., (2010) referem que os indivíduos devem apresentar um quociente de inteligência (QI) dois desvios-padrão abaixo da média, acontecendo situação idêntica ao nível do comportamento adaptativo, reforçando a utilização de instrumentos de avaliação validados (Santos, Morato e Luckasson, 2014) em ambos os critérios. De seguida, será explicitado como é realizada a classificação da DID para melhor compreender esta perturbação.

2.2. Classificação

Existem vários sistemas de classificação utilizados a nível nacional e internacional, sendo que se abordarão os quatro mais atuais e utilizados ao nível do campo da saúde e da educação, em Portugal. Apesar da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004), já não constar para efeitos de colocação dos alunos ao abrigo da anterior lei de Educação Especial, mas ser ainda utilizada na comunidade médica e científica, e tal como a Classificação Internacional de Doenças (CID) a DID é ainda classificada ao nível das estruturas e funções do corpo com repercussões no âmbito das atividades e participação e influenciada pelos fatores pessoais e contextuais.

Esta classificação, assume a categorização de “deficiência” sendo os subgrupos baseados na severidade das limitações intelectuais (World Health Organization [WHO], 2015) em: **ligeira** (QI entre 50 e 69) com dificuldades de aprendizagem na escola, e limitações na manutenção de relações interpessoais, na sociedade e no trabalho; **moderada** (QI entre 35 e 49) com limitações evidentes ao nível do desenvolvimento, da comunicação, habilidades académicas e cuidados pessoais, e na participação na comunidade; **severa**” (QI entre 20 e 34) com necessidade contínua de apoios; **profunda**” (QI inferior a 20) com grandes dificuldades a nível de cuidados pessoais, relações interpessoais, autonomia e mobilidade; e DID sem especificação. Apesar de a APA (2013) manter esta categorização, a grande inovação passa pela mesma se basear na severidade das limitações adaptativas (e não intelectuais como até há bem pouco tempo estabelecia).

O sistema de classificação mais atual de DID não considera apenas o valor do QI e comportamento adaptativo, mas insere-se num sistema multidimensional do funcionamento humano com a consideração dos apoios necessários para a funcionalidade diária (Harris, 2006; Harris e Greenspan, 2016; Luckasson et al., 2002; Schalock e Luckasson, 2004; Schalock et al., 2010; Schalock e Luckasson, 2015; Wehmeyer et al., 2008). Este modelo multidimensional pressupõe duas componentes: cinco domínios (habilidades intelectuais, comportamento adaptativo, a saúde, participação na sociedade e contexto) e o papel que os apoios desempenham ao nível da funcionalidade e participação social (Luckasson e Schalock, 2013; Schalock e Luckasson, 2015; Schalock et al., 2007; Schalock et al., 2010; Wehmeyer et al., 2008).

Inserido neste paradigma multidimensional, realça-se o papel dos apoios, enquanto meios e estratégias que melhoram o funcionamento humano, promovendo o desenvolvimento (Shogren et al., 2016), assumindo um papel de destaque na “nova” classificação da DID, que se deve basear na intensidade de apoio necessários para a

vida diária (Luckasson et al., 2002; Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2009): **intermitentes** periódicos, com uma intensidade que varia conforme as necessidades do indivíduo; **limitados** de natureza contínua, com uma intensidade constante num curto período de tempo; **extensivos** ocorrendo num acompanhamento diário em contextos específicos da vida dos indivíduos, sem restrição de tempo na sua utilização; e **permanentes** em todos os contextos de vida do indivíduo, com uma intensidade intensa e duradoura.

Uma classificação baseada, não na estigmatização, mas nas necessidades de apoios permite fornecer informações relevantes do dia-a-dia da pessoa, permitindo um plano centrado na pessoa, de modo a potenciar o seu máximo e bem-estar (Schalock et al., 2010). Para Seo, Shogren, Whemeyer, Little e Michie (2017) é necessário fornecer sistemas de apoios e promover estratégias e recursos adequados, de acordo com as principais características (capacidades e necessidades) do indivíduo, tendo em conta as exigências do contexto ecológico onde a pessoa se insere, para uma participação completa e ativa na sociedade (Brown, Parmenter e Percy, 2007). Será abordado de seguida a etiologia da DID, a fim de compreender melhor as causas da DID.

2.3. Etiologia

Segundo vários autores (Harris; 2006; Vissers, Gilissen e Veltman, 2016), existem múltiplas causas da DID, sendo importante o seu conhecimento para uma melhor compreensão e consequente criação de uma intervenção adequada (Santos, 2012). As causas refletem uma complexa interação entre a predisposição genética, hereditariedade, valores socioculturais e educativos, e os fatores de risco do envolvimento (Harris, 2006, 2010; Vissers et al., 2016). Neste sentido, podemos apontar duas formas de agrupar os fatores etiológicos: ou pelo seu tipo ou pelo momento de ocorrência dos mesmos.

Existem quatro tipos de fatores etiológicos (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010): **biomédicos** relacionados com processos biológicos, incluindo alterações genéticas e a nutrição (Vissers et al., 2016); **sociais**, no âmbito das interações sociais e familiares, da (falta de) qualidade de estimulação e das respostas dadas; **comportamentais** que compreendem potenciais comportamentos, especialmente por parte dos progenitores (e.g.: atividades perigosas que possam colocar em causa a saúde do indivíduo, abuso e negligência, ou exposição de substâncias tóxicas e ilícitas por parte dos pais); e por fim, **educacionais**, envolvendo os diversos apoios educativos que estimulam e melhoram o desenvolvimento intelectual e adaptativo dos indivíduos.

Estes fatores podem então ser agrupados, de acordo com o momento em que ocorrem: **pré-natal** ou seja durante a gestação (e.g.: alteração cromossômica - Vissers et al., 2015); **perinatal** como lesão que ocorreu no nascimento e que habitualmente resulta de sofrimento fetal em consequência de situações de hipoxia/anoxia; e **pós-natal** quando os eventos que conduzem à DID ocorrem ao longo do período de desenvolvimento (e.g. infecções, acidentes, - Harris, 2006; Harris, 2010; Schalock et al., 2010). McDermott, Durkin, Schupf e Stein (2007), realçam ainda que para compreender as consequências das causas, é preponderante ter em conta que existe interação entre os diversos fatores, resultando uma sinergia entre estes.

De seguida serão enunciadas as principais características verificadas em sujeitos com DID, apesar da consideração da sua heterogeneidade fenotípica, influenciada pelas inúmeras variáveis envolvimentoais (Harris, 2006; Harris, 2010).

2.4. Caracterização

Depois de apresentada a definição, a classificação e etiologia da DID, apresenta-se de seguida, as características ao nível dos diferentes aspetos do desenvolvimento das pessoas com DID.

2.4.1. Características Cognitivas

No que respeita ao domínio cognitivo, as pessoas com DID tem tendência para maiores dificuldades no processamento e interpretação de informação relevante (vs. irrelevante), na compreensão das ideias dos outros, o que pode conduzir a limitações no estabelecimento de relações sociais, e à restrição na tomada de decisões e na capacidade de resolver problemas (Burack, Hodapp e Zigler, 1998). Os autores acrescentam ainda a desorganização do pensamento, alterações na regulação da atenção, baixa tolerância à frustração, assim como uma falta de motivação e perseverança, apontando alguma irregularidade no desenvolvimento cognitivo.

As limitações na compreensão verbal, velocidade de processamento e aprendizagem, memória de trabalho, raciocínio perceptivo (prático e académico) também são apontados por vários autores (e.g.: Fonseca, 2001; Salvador-Carrulla et al., 2011). As pessoas com DID apresentam dificuldades nas principais funções cognitivas e executivas, essenciais ao desenvolvimento, em termos de raciocínio, de representação simbólica e de conhecimento típico para o seu escalão etário, com repercussões em comportamentos desajustados (Salvador-Carrulla et al., 2011).

As limitações nas capacidades executivas são visíveis quando comparadas com os seus pares com desenvolvimento típico (Van der Molen, Van Luit, Van der Molen e Jogmans, 2010), com repercussões ao nível da aprendizagem e resolução de

problemas. O desenvolvimento cognitivo relaciona-se com o desempenho motor (Diamond, 2000; Wassenberg et al., 2005). Jurado e Rosseli (2007) afirmam que as funções executivas compreendem habilidades de formar e planejar planos e de executá-los efetivamente, dirigindo estes planos para determinadas tarefas, envolvendo capacidades de planejamento antecipativo (com detecção e correção de erros), inibição da resposta e memória de trabalho (Hartman, Houwen, Scherder e Visscher, 2010; Roebbers e Kauer, 2009; Wassenberg et al., 2005).

Wuang, Wang, Huang e Su (2008) reportam ainda que pessoas com DID apresentam défices cognitivos específicos, como é o caso da atenção e concentração (Simonoff, Pickles, Wood, Gringras e Chadwick, 2007), no processamento de informação (Detterman et al., 1992), em termos de linguagem e de memória verbal a curto prazo (Van der Molen, Van Luit, Jongmans e Van der Molen, 2007), percepção visual (Di Blasi, Elia, Buono, Ramakers e Di Nuovo, 2007) e nas funções executivas (Jurado e Rosseli, 2007; Hartman et al., 2010; Rowe, Lavender e Turk, 2006).

É visível a dificuldade em organizar os estímulos o que conduz à execução de reduzidos planos de ação (Santos e Morato, 2012), associados a uma baixa resistência à frustração e desmotivação (Harries, Guscia, Nettelbeck e Kirby, 2009; Harris, 2010). É possível verificar que os sujeitos com DID apresentam dificuldades em tarefas não familiares, revelando falta de plasticidade e flexibilidade representativa na resolução de problemas, na tomada de decisões, bem como na criação de novas respostas aos estímulos externos (Fonseca, 1995).

2.4.2. Características Psicomotoras

Relativamente às características psicomotoras, e dada a reciprocidade e influência mútua do desenvolvimento cognitivo e motor (Smits-Engelsman e Hill, 2012) com consequências, menos positivas, na funcionalidade e autonomia diária (Piek, Dawson, Smith e Gasson, 2008), os indivíduos com DID tendem a apresentar algumas alterações, devidos às limitações do processamento de informação, quer a nível inferior, como superior e automático (Fonseca, 2001).

Assim, segundo Vanetsanou e Kambas (2010), para além dos fatores genéticos, o contexto em que o indivíduo se insere é muito importante para o desenvolvimento motor, dada a influência do nível socioeconómico, das condições de qualidade de vida, bem como o número do agregado familiar e as habilitações literárias dos pais. Santos e Morato (2007, 2012) reportam um perfil psicomotor inferior das pessoas com DID quando comparados com os seus pares típicos. Hartman e colaboradores (2010) constataram que crianças com DID “ligeira” apresentam dificuldades nas capacidades

de controlo de objectos, resultados inferiores ao nível das funções executivas, necessitando de mais tempo para executar tarefas mais complexas. Também Unterrainer et al. (2004) afirmam que as dificuldades no planeamento exigirão mais tempo para a execução motora de qualquer tarefa.

As limitações tónicas e ao nível do controlo postural (Antunes e Santos, 2015; Cleaver, Hunter e Ouellette-Kuntz, 2009; Vuijk, Hartman, Scherder e Visscher, 2010), associadas às limitações na equilibração (Carmeli, Bar-Yossef, Ariav, Levy e Liebermann, 2008; Enkelaar, Smulders, Lantman-de Valk, Weerdesteyn e Geurts, 2013; Vjuik et al., 2010; Zikl, Holoubková, Karásková e Veselíková, 2013) concorrem para uma marcha menos proficiente (Liu et al., 2014; Zikl et al., 2013), com a consequente maior dificuldade na exploração do envolvimento. Desta forma, e associada à tendência para a indiferenciação bilateral (Carmeli et al., 2008) com maiores dificuldades na lateralização e reconhecimento direita/esquerda (Arnold et al., 2005; Santos, 2014; Santos e Morato, 2007, 2012; Vjuik et al., 2010), a estruturação espaço-temporal também se caracteriza por estar afetada (Godde, Tsao, Gepner e Tardif, 2018).

As dificuldades práticas, de âmbito da coordenação global) e/ou de maior precisão (Vuijk et al., 2010; Wuang et al., 2008), associada às dificuldades visuomotoras Godde et al., 2018 e às maiores limitações decorrentes da combinação de duas ou mais tarefas (Jankowicz-Szymanska, Mikolajczyk e Wojtanowski, 2012) combinadas com a necessidade de mais tempo na tarefa devido à menor velocidade influenciam um menor desempenho funcional em atividades de vida diária.

2.4.3. Características da Comunicação e Linguagem

No que concerne às capacidades de comunicação e de linguagem, Peters-Scheffer, Didden e Lang (2016) reportam que jovens com DID apresentam dificuldades na comunicação verbal e não-verbal, cujo desenvolvimento se encontra correlacionado com o QI, e Fonseca (2001) constata que as pessoas com DID apresentam dificuldades nos domínios da linguagem e da comunicação, com limitações linguísticas caracterizadas pelo vocabulário limitado, simples, pouco fluente e impreciso. Harris (2010) afirma que existe uma assincronia ao nível do desenvolvimento típico esperado.

Para Rosenberg e Abbeduto (2013) os sujeitos com DID apresentam dificuldades na compreensão dos tempos verbais, e na sua relação com o grau de abstração e significado, bem como tendência para erros léxicos, semânticos e morfológicos. Iacono e Johnson (2004) apontam a ausência ou dificuldade de perceber o discurso do sujeito; dificuldades na perceção e compreensão do que é dito, e em expressar as suas ideias e pensamento por falta de vocabulário e incorreta formulação

de frases. Já Sigafos, O'Reilly e Green (2007) identificaram dificuldades na dicção de múltiplas palavras, persistindo em formas gramaticais imaturas e também na aprendizagem numa conversa com o outro.

Segundo Van der Schuit, Segers, Balkom e Verhoeven (2011) o funcionamento intelectual abaixo da média pode interferir na categorização de objetos e significados, aumentando as dificuldades no desenvolvimento do campo lexical, apesar de a mesma sequência desenvolvimental na aquisição de vocabulário das pessoas com DID. Van der Molen, Van Luit, Jongmans e Van der Molen (2007), acrescentam ainda as limitações ao nível da memória de trabalho, com repercussões fonológicas e visuo-espaciais, quando comparados com os pares típicos. No entanto, Henry e MacClean (2002) observaram que pessoas com DID apresentavam melhores resultados em tarefas que implicassem a memória visuo-espacial do que em tarefas que implicassem a memória de trabalho, com desempenhos inferiores em tarefas de construção de palavras (desenvolvimento sintático - Van der Schuit et al., 2011). Conners, Atwell, Rosenquist e Sligh (2001) afirmam que os sujeitos com DID apresentam dificuldades na leitura, devido à dificuldade na decodificação das palavras e dos seus significados e também devido à falta de capacidade em processos fonológicos, i.e., o processamento dos sons do discurso dentro ou fora de determinados contextos.

Segundo Guess et al. (1993), as pessoas com DID profunda, e apesar da diversidade comportamental, tendem para períodos de atenção e de atividade variados, com mudanças comportamentais em curtos períodos de tempo, visível nas idiossincrasias nas demonstrações dos sentimentos (Grove, Bunning, Porter e Olsson, 1999). Baron-Cohen, Lombardo e Tager-Flushberg (2013) acrescentam que os sujeitos com DID denotam dificuldades na consciencialização dos estados intencionais dos outros, ao mesmo tempo que apresentam limitações em mostrar os seus interesses e desejos de forma clara (Grove et al., 1999; Santos e Morato, 2012).

Neste sentido, Grove e colaboradores (1999) resumem as dificuldades de comunicação tendencialmente apresentadas pelas pessoas com DID: elevada dependência das interpretações de terceiros; o nível inferior de consciência das suas próprias intenções e de compreensão do que lhe é dito; dificuldade em usar um código linguístico formal (e.g.: fala, sinais ou símbolos gráficos); formas de comunicação inconsistentes levando à ambiguidade de significados; tendência para concordar com as sugestões dos outros e limitações na contra-argumentação. Segundo Sigafos e colaboradores (2016) sem uma intervenção eficaz, os indivíduos com DID continuarão a apresentar dificuldades na comunicação e na linguagem, tendo consequências a nível social e na sua integração, prejudicando a sua qualidade de vida.

2.4.4. Características Socioemocionais

Quanto às características socioemocionais, são vários os autores (Matson, Dempsey e LoVullo, 2009; Watkins et al., 2016) que apontam as dificuldades nas capacidades sociais, pela dificuldade em, reconhecer e interpretar as emoções nos outros (Scotland, McKenzie, Cossar, Murray e Michie 2015), na gestão das suas emoções (Salvador-Carulla et al., 2011), na compreensão da regra social e na adequação comportamental (Salvador-Carulla et al., 2011; Watkins et al., 2016), tornando-se mais vulneráveis e sujeitos a interações sociais stressantes (Hartley e MacLean, 2009).

O estigma social, a subvalorização e a desresponsabilização das pessoas com DID (Santos, 2014) tem contribuído para a menor aposta na autonomia e participação social destas pessoas (Dagnan e Waring, 2004; Finlay e Lyons, 2000). Os mesmos autores reportam menos índices de auto-estima e auto-conceito, resultantes das comparações literais com os seus pares típicos (Paterson, Mackenzie e Lindsay, 2011), sendo mais evidentes nas manifestações mais ligeiras de DID, conduzindo, eventualmente a sentimentos de frustração, isolamento, inadequação perante o outro/contexto (Evans, 1988), podendo também demonstrar ansiedade, rejeição dos pares e resultados académicos pobres (Watkins et al., 2016). Zolkowska e Kaliszewska (2014) acrescentam que as pessoas com DID revelam limitações nos processos de identidade social, devido ao conjunto de características que restringem a participação social.

O conjunto de limitações intelectuais, socioemocional e psicomotoras parecem estar diretamente relacionadas com o nível de comportamento adaptativo (Santos e Morato, 2012), i.e.: a qualidade de relação entre pessoa (com DID) e o seu contexto ao nível do funcionamento independente, responsabilidade pessoal e social (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012; Tassé et al., 2012, 2016). Desta forma, as pessoas com DID tendem a desempenhos inferiores ao nível adaptativo (Hilgenkamp, van Wijck e Evenhuis, 2011; Santos e Morato, 2012), seja no âmbito da autonomia (Woolf e Oakland, 2010), desenvolvimento físico (Santos e Morato, 2007), números/tempo e atividade económica (Belva e Matson, 2013), atividades domésticas e Vocacionais/Profissionais (APA, 2013). Há, no entanto, a destacar alguns estudos que apontam a capacitação para atividade de vida diária (e.g.: alimentação, higiene, entre outras) por parte de adultos com DID (Belva e Matson, 2013)

Os comportamentos estereotipados e desafiantes, agressivos e auto-abusivos parecem ocorrer habitualmente e de forma repetitiva (González et al., 2009; Silva, Veríssimo, Carneiro, Felix e Santos, 2018), parecendo aumentar a sua frequência e intensidade com o aumento da severidade das limitações (Bowring, Totsika, Hastings,

Toogood e Griffith, 2016). As deficiências sensoriais (visuais e auditivas) também parecem ser prevalentes (Harris, 2006; Kiani e Miller, 2010), bem como as crises epiléticas, a paralisia cerebral e a maior vulnerabilidade para o diagnóstico duplo (Barnhill e McNelis, 2012) com a tendência elevada para perturbações do foro psiquiátrico (Harris, 2010). Ainda neste âmbito Aman e Ramadan (2007) alertam para a necessidade de uma atenção especial no âmbito da análise dos efeitos secundários da toma (contínua) de medicação. Com o objetivo de compreender as principais características dos casos que o estagiário interveio, no capítulo seguinte será feita a correlação entre a literatura com os casos práticos.

2.5. Os Casos de Intervenção

Os clientes com DID com quem se interveio, e apesar da sua diversidade comportamental e contextual, tendiam para um perfil cognitivo e executivo similar ao apontado na literatura, especialmente visíveis em tarefas que exigiam a atenção e concentrada mais prolongadas dada a sua complexidade, que associadas às dificuldades na memorização e processamento de informação em simultâneo conduziam a comportamentos desajustados face às circunstâncias e contextos. Para a potenciação da compreensão da comunicação por parte do estagiário, e no sentido de simplificar a comunicação entre clientes e estagiário, optou-se por instruções claras, simples, sucintas e concretas, onde o significado (utilidade) da competência, a motivação do próprio e o lúdico se assumiram como fundamentais para a participação (o mais) ativa dos clientes.

A comunicação era tendencialmente não-verbal ou simples, com vocabulário pobre e repetitivo e com um discurso pouco fluido e nem sempre de fácil compreensão, constatando-se a dificuldade em expressar uma ideia. A repetição e a criação de rotinas foram equacionadas e concretizadas sempre que necessário, dado se sentir algumas dificuldades na capacidade de plasticidade e flexibilidade face às atividades propostas pelo estagiário, e mesmo ao longo do seu dia-a-dia na instituição. A maioria dos clientes tinha dificuldades em reconhecer as emoções nos outros, e em alguns casos particulares, houve mesmo a dificuldade em compreender as regras sociais.

As dificuldades na tomada de decisões e na resolução de problemas também foi algo vivenciado, tendo havido necessidade de apoio no âmbito da planificação da resposta. Além disso, a execução motora também se caracterizou por ser menos precisa e por vezes menos produtiva, sendo necessário mais tempo para a concretização, com sucesso, das atividades propostas. Desta forma, salienta-se a menor qualidade tónica que condiciona a qualidade da marcha de alguns dos clientes e que depois se repercute nos restantes domínios psicomotores. A lateralização, a noção do corpo e

a estruturação espaço-temporal foram caracterizadas como indiferenciadas, reduzida e com limitações, respetivamente. Apesar da tendência para um lado dominante, o reconhecimento direita-esquerda nem sempre era sucedido. A noção do corpo era caracterizada pelo conhecimento dos principais segmentos corporais, mas com dificuldades na identificação de pormenores e por vezes com repercussões ao nível do “auto-conceito/auto-imagem”.

O controlo de objetos, mesmo de grandes dimensões, caracterizava-se por ser menos preciso, mais lento e com necessidade de apoios (verbais ou físicos) especialmente ao nível de atividades que implicassem duas ou mais tarefas. No entanto, há a destacar que alguns dos clientes concretizavam as tarefas de praxia global e fina a um nível eupráxico, não necessitando de apoios (ou precisando apenas de apoios intermitentes) na área, acontecendo situação idêntica ao nível da equilibração. Os clientes mais funcionais apresentavam uma marcha com maior qualidade.

A leitura e escrita da maioria dos clientes resumia-se à compreensão de alguns símbolos e/ou palavras com significado (e.g.: próprio nome) cuja escrita parecia basear-se na imitação do que propriamente na identificação das letras. É de se referir, no entanto, que o trabalho do estagiário não incidiu especificamente nesta vertente. Do ponto de vista comportamental, foi possível observar alguns desajustamentos (e.g.: estereotípias, tendência para isolamento, apatia) apesar de algumas regras socioinstitucionais estarem interiorizadas (e.g.: permanecer na fila para o almoço). A maior parte dos casos apresentava limitações na funcionalidade em atividades de vida diária (e. g.: vestir, ir à casa de banho), assim como dificuldades na exploração do envolvimento.

No entanto, há ainda a referir as inúmeras características positivas apresentadas pelos clientes. Desta forma, há a destacar o querer participar nas atividades propostas, demonstrando motivação em realizar as atividades, e o estabelecimento de uma relação empática com os técnicos. É ainda importante referir, o facto de os clientes apresentarem persistência na realização das tarefas, aceitando os apoios do técnico, procurando-o como um sujeito de confiança e facilitando o estabelecimento das relações. Há ainda a salientar a boa disposição dos sujeitos nas sessões/atividades criando um ambiente facilitador de novas experiências para os indivíduos. Por outro lado, a generalização das dificuldades apenas baseada no diagnóstico parece não ser real, no sentido que alguns dos clientes conseguem desempenhar com qualidade as atividades propostas.

Depois desta abordagem “teórica-prática” da DID, mas ainda no âmbito da caracterização teórica das perturbações do desenvolvimento, e para um melhor conhecimento da síndrome que consta no processo clínico do estudo de caso, será feita em seguida uma breve abordagem à síndrome de Rubinstein-Taybi.

2.6. Síndrome Rubinstein-Taybi

As síndromes associadas a múltiplas malformações são habitualmente designadas de acordo com a sua baixa prevalência e incidência populacional, inserindo-se no grupo de doenças raras (Milani et al., 2015). Este é o caso da síndrome Rubinstein-Taybi (SRT) descrita pela primeira vez em 1963 (Rubinstein e Taybi, 1963) apesar dos indiciadores genéticos apenas tem sido apresentados em 1991, cuja incidência atual é de 1 por cada 100000-125000 não havendo ainda critérios específicos e precisos para o seu diagnóstico (Milani et al., 2015).

A síndrome de Rubinstein-Taybi (SRT) é definida como uma condição genética autosomal dominante rara, mais concretamente pela ocorrência de mutações e microdeleções no cromossoma 16p13.3, ou mutações nas proteínas de ligação como a E1A ou CREB – proteína de ligação (CBP) (Álarcón et al., 2004; Hennekam, 2006; Milani et al., 2015; Waite et al., 2015). A fosforilação da proteína CREB permite a interação com a CBP e a ligação cinática impulsionada pela atividade neural à transcrição de genes importantes para o processo de aprendizagem e da memória (Alarcón et al., 2004; Hallam e Bourtchouladze, 2009; Hennekam, 2006). A sua prevalência é de 1/125.000 nascimentos, caracterizando-se pelo défice cognitivo - cujas diferenças de valores se relacionam com a heterogeneidade dos rearranjos cromossomáticos (Couprie et al., 2002), e múltiplas anormalidades congénitas, com características somáticas distintas (Cazalets et al., 2017; Petrif et al., 1995).

O período neo-natal é caracterizado por hipotonia e atraso psicomotor, com níveis de desempenho intelectual variáveis, variando os valores de QI entre 25 e 79, com uma média de 35 (Yagihashi et al., 2012) e sendo o diagnóstico mais difícil nos quadros mais ligeiros (Milani et al., 2015).

Para além disto, a SRT é caracterizada por traços faciais distintos, polegares largos e muitas vezes angulados, dedos grossos, estatura baixa, microcefalia e DID moderada a severa (Cazalets et al., 2017). Beets e colaboradores (2014) acrescentam ainda um desenvolvimento inferior ao esperado, apesar de similar no período pré-natal e no primeiro ano de vida, traços faciais dismórficos (e.g.: linha frontal baixa, orelhas displásticas, palato em arco, anormalidade dentais e sorriso atípico), polegares e pés grandes. Clinicamente esta síndrome apresenta uma heterogeneidade de

características com um largo espectro de múltiplas anomalias congénitas, tais como: anomalias oculares, defeitos congénitos do coração, malformações renais, anomalias cerebrais (Hennekam, 2006), esqueléticas (ao nível de alterações vertebrais e laxidão ligamentar (Shah, Singh, Vijayan e Girisha, 2011), gastrointestinais, renais, endócrinas, entre outras (Milani et al., 2015). Van de Kar e colaboradores (2014) acrescentam que os sujeitos com SRT apresentam anomalias na pele com um aumento do risco de formações coloidais e um aumento da predisposição para o cancro.

Segundo Waite e colaboradores (2015) os indivíduos com SRT apresentam um perfil característico de comportamentos repetitivos: questionar repetitivamente, estereotipias manuais (movimentos giratórios e oscilantes e comportamentos de autoestimulação) e corporais, maior adesão a rotinas, repetição de frases e ecolalias (Stevens, Carey e Blackburn, 1990). A nível social, os indivíduos com SRT apresentam dificuldades na atenção e concentração, caracterizando-se por curtos períodos de tempo (Hennekam, 2006; Gálera et al., 2009) com um impacto negativo comportamental e educacional (Gálera et al., 2009) e pouca persistência nas tarefas dadas as dificuldades na memória e planificação (Alarcon et al., 2005; Hennekam, 2006). No entanto, os autores referem que as crianças com SRT são amigáveis, apresentando boas competências sociais, apesar da probabilidade de alterações no comportamento (e.g.: mudanças de humor, agressividade) no início da fase adulta (Hennekam, 2006).

Segundo Gálera e colaboradores (2009) os sujeitos com esta síndrome tendem a apresentar excesso de peso (Milani et al., 2015) e problemas de coordenação, planeamento e execução motora (Cazalets et al., 2017; Hennekam, 2006), possivelmente decorrentes da anomalia genética que dá origem à síndrome. Cazalets et al., (2017) acrescentam que os indivíduos com SRT tendem a apresentar limitações ao nível da marcha e da postura, e no funcionamento executivo.

Concluída a apresentação e a caracterização da população-alvo atendida e estudo de caso, no capítulo seguinte será abordada a intervenção psicomotora como um dos apoios que é oferecido aos clientes da CERICA, nos diversos contextos. Esta fundamentação teórica objetiva uma reflexão sobre as evidências e informações existentes na área, ao mesmo tempo que se aborda a importância da intervenção psicomotora em contextos específicos. Esta análise permitirá depois uma melhor compreensão da intervenção concretizada pelo estagiário a nível prático e que será alvo da próxima parte deste relatório.

3. Da Psicomotricidade à Intervenção Psicomotora

A psicomotricidade pode ser definida como a ciência cujo objeto de estudo é o homem através do seu corpo e movimento em constante relação com o seu mundo interno e externo, assim como as suas potencialidades de atuar, agir e de perceber com o outro, com os objetos e consigo mesmo (Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP], 2017). A psicomotricidade é definida como um campo “transdisciplinar” que visa estudar e procurar as relações e influências entre o psiquismo e a motricidade (Fonseca, 2005). O psiquismo pressupõe o funcionamento mental, constituído pelas dimensões sócio afetivas e cognitivas e a motricidade pressupõe um sistema dinâmico e refere uma organização neurobiológica, estando sujeito à maturação e ao desenvolvimento (Fonseca 2001).

Segundo Fonseca (1977), a origem da psicomotricidade está intimamente ligada ao meio em que o indivíduo se encontra, pois permite ao sujeito a acomodação e adaptação ao envolvimento. Ainda na mesma linha de pensamento, Fonseca e Martins (2001) acrescentam que o corpo não é encarado como uma ferramenta puramente mecânica e anatómica, no qual o indivíduo o possa alterar adaptando a um determinado contexto, mas sim como unidade expressiva do comportamento de cada indivíduo. Assim, a psicomotricidade procura intervir na personalidade total do indivíduo, por meio de vivências afetivo-corporais (Fonseca, 2005), investigando a relação entre a intra-individualidade resultante dos vários e complexos comportamentos biopsicossociais, afetivo-emocionais e cognitivos, com as exigências diárias envolvimentoais (Fonseca, 2010; Martins, 2010). Para Fonseca (2010), a psicomotricidade é: **multicomponencial** pois integra vários domínios (desde a biologia, psicologia, neurologia, antropologia, entre outros), e para além disto, **multicontextual**, porque se aplica a todos os contextos de vida do indivíduo e **multiexperencial** englobando as vivências de cada pessoa.

Enquadrado neste quadro teórico, a intervenção psicomotora, baseada no movimento e na mediatização (Fonseca, 2001) procura ajustar “as condutas inadaptadas [...], problemas de desenvolvimento e maturação psicomotora, de aprendizagem, de comportamento ou de âmbito psicoafectivo” (p. 7). A intervenção do psicomotricista foca-se na promoção dos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação no espaço e no tempo, praxias global e fina), objetivando a programação motora e direccionalidade, fundamentais na capacidade de adaptação, na aprendizagem e no funcionamento cognitivo, através de estratégias para ultrapassar as dificuldades sentidas (Fonseca, 2001; Probst, Knapen, Poot e Vancampfort, 2010).

Ao longo de toda a intervenção psicomotora, o terapeuta valoriza quer a comunicação verbal - na avaliação do problema e sua resolução, permitindo compreender e assimilar os passos a realizar, bem como a análise sobre as diferenças ou semelhanças entre o que pretendia executar e o que realmente executou (Martins, 2001), e a comunicação não-verbal. A intervenção psicomotora pode atuar de três formas (Morais, Novais e Mateus, 2005): **prevenção** estimulando e desenvolvendo as competências psicossociais, motoras, emocionais e cognitivas, **educação** através da promoção do desenvolvimento psicomotor e do potencial de aprendizagem, e **reeducação/terapia**, potencializando a capacidade de adaptação e de funcionamento. Durante todo o estágio, a vertente da intervenção concretizada pelo estagiário foi de carácter terapêutico-reabilitativo visando a adaptação e a potencialização da funcionalidade dos clientes.

A prática psicomotora enfatiza a interiorização das vivências corporais em experiências concretas, incidindo a nível corporal, ligada às dispraxias, desarmonias tónico-emocionais, alterações da imagem corporal e problemas psicossomáticos; relacional relativa às dificuldades de comunicação, inibição, instabilidade, agressividade e concentração, e por fim, cognitiva, existindo défices de atenção, memória, organização perceptiva, simbólica ou concetual, assim, no domínio do processamento de informação (Fonseca, 2010). A intervenção psicomotora contribui para a organização das sensações, percepções e cognições, promovendo a planificação e programação das respostas motoras, tornando-as (mais) adaptativas (Santos e Morato, 2007). Por outras palavras, atuando ao nível dos fatores psicomotores, a intervenção psicomotora procura estimular o funcionamento executivo numa perspetiva ecológica e contextualizada para a autorregulação comportamental, funcionalidade e responsabilidade social (Valente, Santos e Morato, 2012) através de estratégias e técnicas de capacitação (Santos, 2012, 2017).

A intervenção psicomotora tem vindo a ser referida como um dos apoios oferecidos em contexto institucional (Ramos, Esteves, Sousa, Gomes e Santos 2017; Santos, 2017) com efeitos positivos ao nível do comportamento adaptativo (Antunes e Santos, 2016; Júnior, Afonso e Santos, 2017), proficiência motora (Antunes e Santos, 2016; Ribeiro e Santos, 2018), na qualidade de vida (Jardim e Santos, 2016) e na capacidade funcional de pessoas com DID com mais de 40 anos (Ramos et al., 2017), bem como ao nível do sentido de autocompetência (Antaki, 2012), entre outros.

A intervenção psicomotora é uma prática interventiva com impacto na população com DID, ao ter como ponto fundamental o movimento realizado de forma consciente e pensada, sendo que, através deste, da ação, da experiência e do investimento corporal,

é privilegiada a experiência concreta, podendo, posteriormente, ser atingido o plano do abstrato e do simbólico (Valente et al., 2012). Para os autores, e na mesma linha de pensamento, uma intervenção realizada no tempo adequado apresentará resultados positivos desenvolvimentais, minimizando dificuldades e potenciando a capacidade adaptativa e funcional (McKenzie, 2013; Santos, 2003; Santos, 2017).

O trabalho em grupo, a noção e interiorização de regras e as atividades lúdicas permitem promover a comunicação afetiva, o funcionamento cognitivo (resolução de problemas, atenção, controlo inibitório, memória de trabalho) e o desenvolvimento psicomotor, sendo fatores a utilizar na intervenção da pessoa com DID (Kay, Clegg, Emck e Standen, 2016; Santos, 2012). Na CerMov, o jogo, as dinâmicas de grupo, bem como a experiência motora estão presentes ao longo da intervenção, visando a promoção social, cumprimento e adoção de regras sociais. O psicomotricista assume um papel unificador deste ambiente pedagógico e terapêutico. Schalock et al., (2010) afirmam que é fundamental criar apoios individualizados, ajustados às necessidades pessoais, criando as oportunidades para potenciar respostas adaptadas e funcionais, aumentando assim a independência, contribuindo para a participação ativa das pessoas com DID. Assim, visto ser uma população muito heterogênea, com características intrínsecas a cada indivíduo é necessário adequar uma intervenção psicomotora que vá ao encontro das necessidades individuais e com impacto na vida diária dos sujeitos (Aharoni, 2005).

A intervenção realizada pelo estagiário teve em consideração todos os princípios inerentes à intervenção psicomotora (Fonseca, 2001), baseando-se a mediatização na intencionalidade da ação e das atividades, onde se procurava ir ao encontro das capacidades, necessidades, expectativas e interesses dos clientes no sentido da reciprocidade; por outro lado, a relevância e significância das propostas e dos objetivos situavam-se em pleno contexto ecológico que se pretendia funcional e com transfer direto e imediato para a vida diária, num projeto congruente e discutido em equipa para a articulação das atividades e propostas, procurando o ajustamento às exigências envolvimentoais e à vivência do sentimento de competência. Para este efeito, e apesar de este tópico voltar a ser mais desenvolvido na próxima parte deste relatório, a ação do estagiário iniciou-se por processos de observação participados para o conhecimento do funcionamento da instituição, para o estabelecimento da relação empática com clientes e outros prestadores de cuidados, para a identificação das rotinas e das preferências, para o conhecimento dos planos de vida individuais o que permitiu a adequação das atividades psicomotoras posteriores. Todas as propostas do estagiário procuraram a experiência motora com a conseqüente reflexão sobre as vivências, em

contexto institucional ou na comunidade, onde a relação, o lúdico, a motivação, a complexificação crescente combinada com a decomposição das tarefas, entre outras, foram algumas das estratégias utilizadas.

Na CerMov, a intervenção psicomotora apresenta-se como uma forma de apoio ao nível do meio aquático e ginásio em sessões individuais e em grupo para a promoção funcional dos clientes, apresentando-se um plano adaptado às suas características e necessidades. É importante referir, que este plano é estruturado e fundamentado em equipa e em contato direto com as famílias, tendo estas um papel ativo nos objetivos traçados, sendo também disponibilizados às famílias os respetivos objetivos traçados e toda a avaliação e informação da respetiva intervenção.

Neste sentido, e após este enquadramento da intervenção psicomotora, considera-se importante abordar, brevemente, outro dos contextos onde o estagiário teve a oportunidade de concretizar a sua intervenção, para além do ginásio.

3.1. Contextos da Intervenção Psicomotora na DID - Meio Aquático

A intervenção em meio aquático, sendo um meio contínuo e de contenção, promove a experiência de diferentes sensações, permitindo uma consciencialização do movimento, da relação consigo próprio e com os outros (Martins, 2010). Segundo Lepore (2011), o meio aquático permite uma redução dos efeitos da força da gravidade do corpo, possibilitando um esforço menor ao nível dos sistemas articulares e músculo-esqueléticos, melhorando a tonicidade, o controlo postural o equilíbrio e a noção corporal, promovendo a aptidão física, o desenvolvimento de capacidades motoras, autoestima (Matias, 2010).

Segundo Matias (2010) a força de impulsão, sendo uma característica exclusiva do meio aquático, permite que o controlo postural seja realizado de forma diferente do que seria em meio terrestre, havendo flutuação e eixos de liberdade nos diferentes planos, promovendo o equilíbrio, a estruturação espaço-temporal, precisão coordenação e a respiração. Segundo Camus (1999), o contacto com o meio aquático permite uma maior consciencialização corporal e motora. O controlo respiratório irá permitir uma maior segurança neste meio possibilitando imersões progressivas (Núñez e Adelantado, 2007), pelo que o meio aquático permite alterações psicomotoras ao nível do sistema perceptivo-motor, possibilitando uma reorganização corporal, e a adaptação ao meio envolvente (Matias, 2005).

A intervenção psicomotora é um facilitador do desenvolvimento neuropsicomotor do sujeito, ao nível do equilíbrio, lateralização, noção corporal, orientação e sentido de ritmo, ou estruturação espaço temporal, promovendo a atenção, a criatividade e as

interações interpessoais (Núñez e Adelantado, 2007), e o seu impacto abrange diferentes áreas (Matias, 2005, 2010):

- **Motora:** promove o desenvolvimento ao nível do esquema corporal, do equilíbrio muscular melhorando o programa motor, assim como o desenvolvimento da coordenação motora global e fina, pode atuar como forma preventiva de desvios posturais e atrasos psicomotores;
- **Sócio-emocional:** visa promover a auto-confiança do indivíduo, a socialização com os pares, regulação das emoções com consequências a nível social, como a comunicação com os outros, promove a autonomia, na medida que permite uma exploração ativa e mais independente;
- **Cognitiva:** permite melhorar a concentração e a atenção, estimula a capacidade de resolução de problemas, possibilita experiência que não são possíveis no meio terrestre;
- **Visuo-auditiva:** relaciona-se com o desenvolvimento de capacidades de perceção da noção de profundidade, distância, contraste de cores e de sons possibilitando a identificação de objetos.

A intervenção psicomotora em meio aquático do estagiário, baseado em todas estas premissas, realizou-se em sessões individuais ou grupais de 30 minutos com o técnico dentro de água, planeadas conforme o plano individual do cliente, depois da avaliação e de reflexão conjunta com o técnico, e com base nas capacidade e necessidades dos sujeitos.

Depois deste enquadramento de natureza mais teórica, o próximo capítulo incidirá na descrição e organização da intervenção realizada pelo estagiário ao longo do estágio curricular na CERCICA – CerMov.

4. PRÁTICA DO ESTÁGIO CURRICULAR

4.1. Organização e Duração da Intervenção Psicomotora do Estágio

O presente estágio curricular teve uma duração de nove meses, começando a outubro de 2017 até junho de 2018, com as interrupções letivas respetivas: Natal, Carnaval e Páscoa. O trabalho desenvolvido ao longo do ano será detalhado nos subcapítulos seguintes.

4.2. Horário de Estágio

A frequência da prática do estágio foi diária (segunda a sexta-feira), no entanto, é importante referir que à quinta-feira o estagiário só ia ao rugby esporadicamente, não fazendo parte do horário de base. É de referir que horário foi irregular devido aos apoios terapêuticos, com entrada/saídas de clientes ao longo do ano letivo. A carga horária (Figura 2) do estagiário de 28h semanais foi distribuída pelos diversos contextos de intervenção – meio aquático e ginásio.

O planeamento em equipa contou sempre com a participação do orientador local e do estagiário, aos mais diferentes níveis: elaborar planos de sessões, planos individuais dos clientes (PI), registo das sessões (e.g. registar as presenças dos clientes na sessão), discussão de casos, entre outros.

Para uma melhor visualização do horário do estagiário e das respetivas atividades frequentadas, segue-se o mesmo na figura 2.

De seguida, será abordado as fases de intervenção importantes na promoção de autonomia do estagiário.

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
09:00	09:00	09:00	09:00	09:00
09:15	09:15	09:15	09:15	09:15
09:30	09:30	09:30	09:30	09:30
09:45	09:45	09:45	09:45	09:45
10:00	10:00	10:00	10:00	10:00
10:15	10:15	10:15	10:15	10:15
10:30	10:30	10:30	10:30	10:30
10:45	10:45	10:45	10:45	10:45
11:00	11:00	11:00	11:00	11:00
11:15	11:15	11:15	11:15	11:15
11:30	11:30	11:30	11:30	11:30
11:45	11:45	11:45	11:45	11:45
12:00	12:00	12:00	12:00	12:00
12:15	12:15	12:15	12:15	12:15
12:30	12:30	12:30	12:30	12:30
12:45	12:45	12:45	12:45	12:45
13:00	13:00	13:00	13:00	13:00
13:15	13:15	13:15	13:15	13:15
13:30	13:30	13:30	13:30	13:30
13:45	13:45	13:45	13:45	13:45
14:00	14:00	14:00	14:00	14:00
14:15	14:15	14:15	14:15	14:15
14:30	14:30	14:30	14:30	14:30
14:45	14:45	14:45	14:45	14:45
15:00	15:00	15:00	15:00	15:00
15:15	15:15	15:15	15:15	15:15
15:30	15:30	15:30	15:30	15:30
15:45	15:45	15:45	15:45	15:45
16:00	16:00	16:00	16:00	16:00
16:15	16:15	16:15	16:15	16:15
16:30	16:30	16:30	16:30	16:30
16:45	16:45	16:45	16:45	16:45
17:00	17:00	17:00	17:00	17:00
17:15	17:15	17:15	17:15	17:15
17:30	17:30	17:30	17:30	17:30
17:45	17:45	17:45	17:45	17:45
18:00	18:00	18:00	18:00	18:00
18:15	18:15	18:15	18:15	18:15
18:30	18:30	18:30	18:30	18:30
18:45	18:45	18:45	18:45	18:45
19:00	19:00	19:00	19:00	19:00

Figura 2. Horário do Estágio Curricular II.

4.3. Fases de Intervenção

Toda a dinâmica no estágio reflete a evolução do estagiário na intervenção, sendo este, um processo gradual ao longo do estágio, pelo que em seguida, serão abordadas as diferentes etapas vivenciadas: a fase de observação participada, a fase de intervenção supervisionada e por fim a fase de intervenção autónoma.

4.3.1. Fase de Observação Participada

A fase de observação participada caracterizou-se pela observação da dinâmica de toda a instituição (e.g.: contextos de intervenção; relação cliente-técnico, rotinas), bem como a intervenção realizada pelo orientador com os clientes, intervindo de uma forma participada, quer para o melhor conhecimento do funcionamento institucional, quer para o estabelecimento de uma relação empática com os clientes. Esta observação inicial, desde o primeiro dia de estágio, permitiu entender as diferentes atividades desenvolvidas, os diversos contextos de intervenção, a organização dos grupos e da organização da estrutura de cada uma das atividades. Com isto, desde logo, o estagiário pôde experienciar hidroterapia individual e de grupo, psicomotricidade individual,

hidroginástica para séniores, educação física, e por fim o rugby. É de salientar que esta fase contribuiu para uma maior integração na equipa técnica da Cermov e na instituição.

O principal objetivo desta fase foi o papel do técnico e da relação com o cliente, contribuindo para realizar uma ponte entre a parte prática e a fundamentação teórica. É de realçar o papel do orientador nesta fase, pois permitiu ao estagiário entender melhor a intervenção prática através do questionamento e da clarificação de questões teóricas na prática. As diversas estratégias (e.g.; a utilização do jogo lúdico como forma de fortalecer a relação entre cliente-técnico, instruções claras e diretas de forma a facilitar o entendimento, demonstração das tarefas e do feedback positivo constante, assim como o estabelecimento de rotinas), utilizadas pelos técnicos serviu de rede para a futura atuação do estagiário ao nível do tipo de ajudas e de apoios fornecidos ao cliente (e.g.: utilização de flutuadores nas sessões de hidroterapia), no tipo de discurso (e.g.: utilizar o nome do cliente, não infantilizar o discurso, entre outros), permitindo promover ao máximo a autonomia do cliente, mas também olhando-o como uma pessoa funcional capaz de realizar as diferentes tarefas que lhe eram propostas, tornando-o um sujeito ativo na sessão. Todas as questões eram discutidas e esclarecidas pelo orientador ou pelos técnicos da equipa (e.g.: tipo de apoio a utilizar, informações sobre os clientes, possível explicação para determinado comportamento), tendo sido uma parte importante no desenvolvimento da intervenção e do próprio estagiário.

4.3.2. Fase de Intervenção Supervisionada

De seguida, a fase intermédia caracteriza-se pela oportunidade de o estagiário começar a intervir diretamente com os clientes, no planeamento de objetivos, na elaboração de planos individuais (PI), sempre com a presença do técnico que supervisionava as sessões em contextos diferentes (e.g.: hidroterapia em grupo e individual e no “ATL na Cercica” em contexto de ginásio).

Esta intervenção iniciou-se em novembro e continuou até dezembro, abrangendo ao apoio e dinamização de atividades nas sessões, e o planeamento de atividades em contexto de ginásio no “ATL na Cercica”. A dinamização das sessões implicou o ajustamento do discurso, tipo e forma de instrução, organização dos materiais e dos apoios necessário (e.g.: organizar os monitores, tipo de materiais a utilizar), a gestão do tempo e a postura do estagiário (e.g.: estar atento ao redor; não virar as costas aos clientes). Esta etapa intermédia da intervenção foi importante, na medida em que permitiu aprofundar a relação estagiário-cliente, através na definição de regras, na gestão de conflitos, contribuindo para uma maior capacidade de resolver problemas dentro da sessão.

Mais uma vez, é de salientar o papel importante do orientador local como um mediador da in experiência do estagiário com a parte prática, permitindo estabelecer e adquirir competências para um melhor desenvolvimento pessoal e profissional, enquanto psicomotricista. Todos os pontos eram discutidos num diálogo constante com o orientador, promovendo assim um maior conhecimento das limitações, das dificuldades, mas também nas áreas fortes e nas áreas a melhorar.

4.3.3. Fase de Intervenção Autónoma

Por último, a intervenção autónoma foi realizada desde janeiro até ao final do estágio curricular, e ao longo deste período o estagiário começou a planear e a intervir autonomamente nas sessões, de hidroterapia individual e em grupo, na hidroginástica do grupo de CAO, no “ATL na Cercica”. Em alguns casos de hidroterapia individual de clientes externos e/ou acordo de cooperação e de natação adaptada, apesar de acompanhados durante todo o estágio, o trabalho realizado pelo estagiário foi apenas de apoio ao técnico, permitindo, contudo, observar e adquirir mais experiência neste contexto. As aulas de hidrosénior de 45 min, decorriam às segundas e sextas-feiras respetivamente, eram da responsabilidade conjunta do orientador e do estagiário, até que, posteriormente, o estagiário ficou responsável, um dia por semana, dinamizar a aula do início ao fim.

Nesta etapa, iniciou-se a avaliação do estudo de caso e prosseguiu-se, de forma ativa e contínua, o trabalho de intervenção psicomotora, com a elaboração de planos individuais, estabelecimento de objetivos, participação em reuniões de equipa semanais, organização e realização de uma apresentação sobre as Dificuldades intelectuais e desenvolvimentais para a equipa da CerMov. É de referir ainda de que, apesar da intervenção do estagiário ser autónoma, o orientador encontrava-se sempre presente na sessão, permitindo que no final o estagiário pudesse esclarecer qualquer dúvida e dialogar sobre a sessão e sobre os casos, sendo um fator positivo no crescimento do estagiário e do processo de intervenção psicomotora.

De seguida, de modo a perceber melhor a organização do estágio e da população-alvo do mesmo, serão apresentados os clientes incluídos na intervenção psicomotora na prática de estágio.

5. População-Alvo da Intervenção Psicomotora

De modo a facilitar a compreensão dos clientes com os quais o estagiário interveio diretamente, procede-se à sua divisão em três grupos, de acordo com as diretrizes de funcionamento da CERCICA, enquanto se apresentam as principais características na tabela 1:

- a) Clientes internos de CAO:** 17 clientes adultos com DID participam em atividades motoras, terapêuticas, ocupacionais e socialmente úteis em diferentes contextos, e de acordo o desejo de cada um. É de referir que destes 17 clientes, sete participaram no projeto de Rugby adaptado “Oh Gui”, e apesar de o estagiário não ter intervindo diretamente este momento permitiu a observação dos comportamentos dos clientes num contexto diferente, o que se revelou como uma experiência enriquecedora;
- b) Clientes do Acordo de Cooperação:** o estagiário interveio com 15 alunos com necessidades de medidas seletivas e adicionais, no seu processo académico, provenientes dos Agrupamentos de Escolas do Concelho de Cascais através de uma parceria com a Câmara Municipal de Cascais, que permite que os alunos beneficiem de diferentes tipos de terapia em meio aquático (fisioterapia ou psicomotricidade). Sete destes alunos usufruíam do projeto ATL “ À tarde na Cercica”. Apesar de o estagiário ter participado na intervenção de todos os alunos, era o orientador institucional que orientava a sessão e a intervenção; e
- c) Clientes Externos:** qualquer pessoa da sociedade que pode beneficiar dos serviços disponibilizados pela CerMov.

Tabela 1. Clientes com que o estagiário interveio ao longo do ano letivo.

Clientes Internos				
Nome	Género	Idade	Diagnóstico	Contexto de Intervenção
S.	M	43	PEA	Meio aquático
N.	F	23	Atraso Global do Desenvolvimento (AGD)	Meio aquático
J.S.	M	58		Meio aquático
J.P.	M	43	DID	Meio aquático
S.	F	28	Trissomia 21	Meio aquático
T.	F	25	DID	Meio aquático
D.	M	36	DID	Meio aquático
F.	M	23	DID	Sala de Aparelhos
B.G	M	32	Alteração Genética do cromossoma 16	Sala de Aparelhos
B.C	M	26		Rugby
C.	F	26	DID e Microcefalia	Sala de Aparelhos
L.	M	33	PEA	Sala de Aparelhos e Rugby
J.	M	27	DID	Rugby
G.	M	29	DID	Rugby
A.	M	50	PEA	Rugby
P.	M	32	DID	Rugby
P.	M	28	PEA	Rugby
Clientes do Acordo de Cooperação				
S.	M	18	S.Rubinstein-Taybi	Meio aquático e ginásio
R.M	M	10	Trissomia 21	Meio aquático
R.J.	M	10	PEA	Meio aquático
K.	M	5	PEA	Meio aquático
T.	M	11	AGD	Meio aquático
L.	F	12	Síndrome Wagr/Cegueira	Meio aquático
P.	M	8	AGD	Meio aquático
V.	M	15	PEA	Ginásio

I.	F	13	PEA	Ginásio e meio aquático
M.E.	F	12	PEA	Ginásio e meio aquático
G.	M	13	PEA	Ginásio
M.	F	14	Síndrome de Angelman	Ginásio
J.	M	14	PEA	Ginásio
D.	M	7	PEA	Meio aquático
C.	F	17	PEA	Ginásio
Clientes Externos				
M.	M	11	Perturbação de Oposição e Desafio	Ginásio

Com o objetivo de compreender como é realizada a avaliação e a elaboração dos planos Individuais dos sujeitos na CerMov, mais concretamente na intervenção psicomotora, nos indivíduos abrangidos pelo acordo de cooperação, mas também dos clientes internos será abordado no tópico seguinte esses mesmos procedimentos.

5.1. Avaliação dos Clientes na Intervenção Psicomotora

Na CerMov o processo terapêutico implica o conhecimento do indivíduo na sua versão mais holística, ou seja, pretende-se conhecer o cliente nos diversos contextos, bem como as suas características de comunicação/linguagem, motoras, sociais, comportamentais e funcionais. Esta recolha de informação é feita através da observação direta do cliente, mas também através de reuniões com as famílias, relatórios externos e resultados obtidos com outros instrumentos de avaliação (e.g.: comportamento adaptativo, avaliação psicomotora).

De seguida, esta informação é analisada e é traçado o Plano Individual de funcionalidade, onde são explicitadas as áreas fortes e as áreas a desenvolver, nos mais diversos contextos e apoios (e.g.: hidroterapia, fisioterapia, terapia ocupacional). Este plano é elaborado conforme as expectativas e interesses dos clientes. Em seguida, é redigido o plano individual, com os objetivos gerais, específicos, critérios de êxito e atingir, bem como estratégias e observações de intervenção. É importante referir que a família tem um papel ativo na intervenção, podendo ou não ser aprovado por esta, havendo sempre espaço para alterações e reestruturações do plano conforme as necessidades do cliente e evoluções de desempenho.

No caso da intervenção psicomotora, para os clientes de acordo de cooperação, o plano individual é redigido para um ano letivo, sendo que a frequência semanal pode ser uma ou duas sessões de 30 ou 45 minutos (caso seja em grupo), consoante as necessidades do cliente, da família e da logística da instituição. É importante referir que a maioria dos casos que o estagiário acompanhou já se encontravam no acordo de cooperação de anos anteriores, pelo que o processo de recolha de informação com as famílias e na escola já tinha sido realizado, possibilitando uma melhor organização e redação do plano individual de intervenção.

Este processo de avaliação transdisciplinar torna-se importante no acompanhamento no sujeito com DID, pelo que esta visão entre a equipa técnica da CerMov, com a família e cliente, sendo este o ponto central de toda a intervenção permite obter uma perspetiva global do indivíduo, potencializando as suas capacidades, maximizando a sua funcionalidade, qualidade de vida e bem-estar do sujeito. Todo o trabalho de avaliação do estagiário obedeceu a esta estrutura, o que será descrito mais à frente e de forma mais pormenorizada com o estudo de caso.

5.2. Organização das Sessões

Após explicitar como se processa a avaliação dos clientes na CerMov, é importante conhecer a dinâmica das sessões nos diferentes contextos onde se intervém.

a) Intervenção Psicomotora (ginásio/sala)

As sessões de intervenção psicomotora tiveram lugar no ginásio da CerMov, com duração semanal de 30 minutos (apoios individuais) e 45 minutos (grupo de seis a sete clientes). O apoio individual que se prestou foi inserido num grupo de clientes do CAO na atividade motora adaptada à 3ª feira e o papel do estagiário foi de observação participada, visto que, o responsável pelas atividades era um técnico da equipa da CerMov. A intervenção em grupo (clientes do projeto “ATL na Cercica”) foi realizada à segunda-feira e sexta-feira, com sete clientes entre os 13 aos 18, sendo que, cinco tinham perturbação do espectro do autismo, uma com síndrome de Angelman e outro com síndrome de Rubinstein-Taybi. As sessões foram planeadas de acordo com as necessidades dos clientes, mas também com os seus interesses com uma estrutura sequencial:

- *Fase inicial:* parte inicial da sessão em que o técnico explica o que vai acontecer ao longo das atividades (e.g.: demonstração, explicitar as tarefas que a sessão irá se basear);
- *Fase fundamental:* caracterizada por atividades estruturadas de acordo com objetivos (pré) definidos, com o intuito de estimular as competências psicomotoras, cognitivas e funcionais, visando o transfer para a vida diária, em sessões com ambiente facilitador de interação e comunicação entre o técnico-cliente, através de atividades lúdicas (e.g.: circuitos motores);
- *Fase Final:* fase onde era realizado um exercício, por norma, mais passivo em termos de atividade motora (e.g.: realização de jogos sentados, lançamento de uma bola) trabalhando questões de memória e estruturação do pensamento e respetiva expressão (e.g.: questionar o que gostaram mais, que arco é que vão ter que lançar a

bola). No final de tudo, seguia-se a arrumação do material, sendo um ritual na sessão com todos os elementos do grupo a participar na tarefa.

Nestas sessões foram utilizados diversos materiais existentes ou trazidos pelo estagiário, consoante as competências (psicomotoras, executivas...) a trabalhar.

b) Intervenção Psicomotora em Meio Aquático (Individual e Grupo)

As sessões de intervenção psicomotora em meio aquático ocorreram na piscina da instituição, com duração de 30 minutos (apoio individual) e 45 minutos (apoio em grupo), com uma frequência semanal. O total de clientes acompanhados neste contexto foram 12. É importante referir que, havia casos em que foi o orientador institucional o responsável pela sessão e elaboração do Planos individuais, pelo que, o papel do estagiário em alguns casos foi apenas de observação participada. As sessões tipo englobavam três fases distintas:

- *Fase Inicial*: procurava-se nesta fase um diálogo inicial sobre o dia do sujeito (e.g.: como correu o dia na escola, os interesses) e rotina na entrada da piscina, adaptando a cada cliente de acordo com as suas capacidades, autonomia e familiarização ao meio (e.g.: ir ao duche, tirar e arrumar os chinelos, sentar no cais da piscina);
- *Fase Fundamental*: atividades relacionadas com as necessidades e áreas fortes dos sujeitos, como também o nível de adaptação ao meio (e.g.: controlo respiratório, diferentes situações de equilíbrio, flutuação, deslocamentos), utilização de tarefas lúdicas com objetivos definidos a estimular (e.g.: estabelecimento de regras, fatores psicomotores, comportamentais, cognitivos) assim como ensino de natação com a aprendizagem de estilos de natação (e.g.: costas). É de salientar que cada atividade/jogo era adaptada aos interesses, necessidades e capacidades de cada indivíduo, sendo que uma atividade poderia ter objetivos diferentes para diferentes sujeitos;
- *Fase Final*: diálogo final permitir ao cliente nos últimos cinco minutos de aula fazer uma atividade ao seu gosto (e.g.: brincar com certo material) e por fim a rotina de saída (o procedimento é igual à *fase inicial*, de acordo com as necessidades e a capacidade de cada cliente).

É de salientar que o material selecionado era baseado nas áreas a trabalhar de cada cliente, assim como os diferentes de apoio a serem utilizados (e.g.: pranchas grandes, pequenas, argolas).

c) Educação Física Adaptada (Sala de Aparelhos)

As aulas de educação física adaptada eram destinadas a clientes internos do CAO com DID, com uma duração de 45 minutos e frequência de uma vez por semana. O grupo era composto por quatro clientes. Tinha como objetivo a prática de atividade física (e.g.: combater a obesidade), com o intuito de manter e promover a condição física. As sessões eram estruturadas de acordo com três fases distintas:

- *Fase Inicial*: implicando um diálogo inicial (e.g.: perceber o estado emocional do cliente) e o encaminhamento de cada cliente para o diferente aparelho de modo a iniciar a atividade;
- *Fase Fundamental*: circuito de exercícios realizados através dos aparelhos da sala (e.g.: passadeira, bicicleta, step, elíptica) e exercícios de fortalecimento muscular (e.g.: três séries de dez de abdominais, agachamentos, trabalho de bicipite). O grupo era dividido em dois, i.e., enquanto dois clientes estavam em diferentes aparelhos, os outros dois realizavam exercícios de fortalecimento muscular. Cada cliente trabalhava em dois aparelhos diferentes por sessão (15 minutos/cada) e realizava três séries de exercícios. Este tipo de trabalho promovia a capacidade cardiovascular, a força muscular e permanência na tarefa, assim como, o respeito pelas regras (e.g.: no final dos exercícios arrumar o colchão, os halteres).
- *Fase Final*: envolvendo a realização de exercícios de alongamento dos segmentos corporais trabalhos, trabalho respiratório e regulação tónica.

É importante referir que em cada aula eram registados os aparelhos utilizados por cada cliente, assim como os tempos, as resistências dos aparelhos, o número de séries realizadas e outros comportamentos ocorridos ao longo da atividade e que possa ter influenciado (de forma negativa ou positiva) o desempenho do cliente. Este registo permitiu uma melhor monitorização dos objetivos definidos.

d) Hidroginástica Adaptada do CAO

As sessões de hidroginástica eram compostas por clientes do CAO com DID (inicialmente eram quatro, no entanto a meio do ano passaram a ser seis), realçando-se que todos os clientes que participavam nas sessões tinham interesse e motivação para a realização das atividades. Estas aulas eram acompanhadas pelo psicomotricista e pelo estagiário, sendo estruturadas em quatro fases:

- *Fase Inicial*: com diálogo inicial (e.g.: sobre como correu o dia, perceber o estado emocional do cliente), e rotinas de entrada na piscina (e.g.: tirar e arrumar os chinelos, entrar pelo cais ou pelas escadas);

- *Fase Ativação Geral:* que a pressupunha ativação articular e preparação para as atividades (e.g.; deslocamentos na vertical, i.e., exercícios de corrida, marcha, levitação dos joelhos)
- *Fase Fundamental:* realização de exercícios específicos de hidroginástica adaptados à funcionalidade de cada cliente (e.g.: abdução/adução dos membros superiores, deslocamentos com o transporte de objetos) e utilizando materiais diversificados (e.g.: halteres, bolas, pranchas) e de acordo com as tarefas e seus objetivos; e
- *Fase Final:* que envolvia um diálogo final e rotinas de saída da piscina. Nesta fase era facultado aos clientes realizarem tarefas que desejassem (e.g.: imersão na cara com a ajuda do técnico).

Este grupo, apesar de ser autónomo no meio aquático, precisou de apoio constante do técnico e do estagiário na realização de exercícios, através de constantes instruções verbais diretivas, feedback positivo e demonstração. As tarefas tinham como objetivo melhorar e manter a postura, promover competências psicomotoras (e.g.: equilíbrio), a coordenação motora e a permanência na tarefa. O diálogo entre o estagiário e o cliente era constante havendo espaço para a interajuda.

e) Rugby “Oh Gui” – Rugby Adaptado à Pessoa com DID

O projeto “Oh Gui” – Rugby adaptado à pessoa com DID, consistiu na realização de treinos regulares desta modalidade, durante todo o ano com uma frequência semanal (5ªfeiracom os clientes do CAO. O orientador institucional e o estagiário acompanharam de uma forma esporádica os treinos visto ser uma atividade externa ao horário do estagiário. Os treinos eram realizados no campo do Dramático de Cascais sendo da responsabilidade de dois treinadores e um fisioterapeuta da modalidade. Os sete clientes que participaram neste projeto frequentavam a Cercica e o Centro de Reabilitação e Integração de Deficientes (CRID).

Os principais objetivos do projeto versavam na prática regular de atividade física, o conhecimento da modalidade do rugby e, principalmente, a inclusão social e desportiva da pessoa com DID. As competências trabalhadas envolveram uma série de questões inerentes à modalidade (e.g.: passe da bola), sem descurar os aspetos psicomotores (e.g.: coordenação óculo-manual), cognitivos (e.g.: tática) e sociais (e.g.: colaboração em equipa). O papel do técnico e do estagiário para além da avaliação geral passou pela promoção da autonomia pessoal (e.g.: balneário), de competências sociais (e.g.: assiduidade, responsabilidade), ajustamento comportamental face às atividades (e.g.: tolerância à frustração, diminuir/eliminar comportamentos desajustados à situação), melhorar as relações interpessoais (e.g.: relação com o colega de equipa,

noção de equipa, relação com os treinadores) e desenvolver competência cognitivas (e.g.: manter a atenção na tarefa, cumprir as regras, manter-se na atividade do início ao fim). De uma forma geral, podem ser identificados seis momentos fundamentais dos treinos:

- *Balneário*: englobava tarefas de autonomia (e.g.: vestir equipamento);
- *Fase Inicial*: pressupunha o transporte do material, o diálogo inicial com os treinadores e o cumprimento aos colegas;
- *Fase de Ativação Geral*: caracterizado pelo aquecimento e pela realização de exercícios cardiorrespiratórios e de fortalecimento muscular de modo a preparar o corpo para a atividade física (e.g.: corrida, abdominais);
- *Fase Fundamental*: trabalho das habilidades específicas inerentes à modalidade de rugby, relacionadas também com aspetos psicomotores (e.g. passe da bola, equilíbrio, corrida com a bola na mão), sendo um trabalho gradual ao longo do ano;
- *Fase Final*: realização de exercícios de alongamento, reflexão final do treino, com uma roda entre todos os participantes com o grito “*Oh Gui*”, arrumação do material e despedir dos colegas e treinadores;
- *Balneário*: promover a autonomia (e.g.: desequipar, tomar banho, vestir corretamente a roupa).

Após explicitar a organização das sessões nos diferentes tipos de contextos de intervenção, e dado o número elevado de clientes com quem se interveio, tal como referido anteriormente, em seguida será apresentado o estudo de caso que servirá como um exemplo mais detalhado da atividade do estagiário. Para este efeito, o próximo subcapítulo, será iniciado com uma breve descrição do caso, o processo de avaliação selecionado e os respetivos procedimentos, a forma como os resultados iniciais foram interpretados e analisados para o planeamento e implementação de um programa de intervenção psicomotora da responsabilidade do estagiário, para finalmente, e já no final do ano letivo, se proceder à avaliação final cujos resultados permitiram uma reflexão não só do progresso do caso, como também da intervenção propriamente dita do estagiário.

6. Estudo de Caso

É importante referir que, apesar do estudo de caso ter sido escolhido no mês de Janeiro, o estagiário já tinha iniciado a sua intervenção com o cliente anteriormente, o que permitiu a obtenção de informações sobre o mesmo através das observações realizadas

ao longo das sessões (e.g.: hidroterapia, ginásio) e de outras informações obtidas em equipa. A relação empática entre cliente e estagiário também já estava estabelecida.

6.1. Caracterização do Estudo de Caso: S.G.

O presente estudo foi realizado, então, com um jovem adulto, cliente da CerMov, incluído no Acordo de Cooperação, e a frequentar 1x/sem o apoio de hidroterapia, estando ainda inserido no grupo “ATL na Cercica”, que frequentava 3x/sem em contexto ginásio.

O S.G. tem 18 anos, vive em Cascais e é filho de pais separados, razão pela qual alterna semanalmente entre a casa da mãe e do pai. Apesar de ter irmãos não se teve acesso a mais informação do ponto de vista familiar. O S.G. é de estatura média-baixa, com excesso de peso, dedos grossos, polegares largos o que limita a motricidade fina como veremos no capítulo seguinte. O diagnóstico presente seu processo clínico-institucional é de síndrome Rubinstein-Taybi.

Em termos de relação, o S.G. é sorridente, bem-disposto, que gosta de contar “piadas” aos técnicos, caracterizando-se por ser uma pessoa afetiva com os outros, e educado, cumprimentando sempre alguém que conhece e iniciando um diálogo autonomamente. Não apresenta comportamentos agressivos, mas quando se quer dirigir a alguém (e.g.: perguntar alguma coisa) tem a tendência do toque físico excessivo (e.g.: no braço do outro) quando essa pessoa não lhe dá a devida atenção o S.G. reage bem às instruções verbais que lhe são dirigidas e aceita ajuda física por parte do técnico.

No que respeita à linguagem e expressão oral, o S.G. apresenta limitações em termos de vocabulário, apresentando uma linguagem simples e limitada, com dificuldades na perceção e compreensão do que se é dito. O S.G. não sabe ler nem escrever, no entanto, gosta de ir para o computador escrever, conseguindo identificar as letras com ajuda do técnico/familiar. É de referir ainda que o S.G. tem a capacidade de perceber quando fez alguma coisa errada, pedindo desculpa aos técnicos.

No que concerne ao desenvolvimento e aspetos comportamentais, o S.G. apresenta estereotipias manuais, repete frases/situações, apresentando pouca tolerância à frustração, i.e., quando surge uma dificuldade em que o sujeito não consegue atingir o objetivo, este desiste e pede ajuda (e.g.: no vestuário). A nível motor, apresenta dificuldade ao nível da coordenação, planeamento e execução motora, assim como na dissociação dos membros inferiores e superiores (e.g.: realizar batimentos alternados dos membros inferiores com os movimentos alternados dos membros superiores – meio aquático). O S.G. apresenta um bom sentido de orientação e de equilíbrio não apresentando dificuldades na marcha e na corrida, apesar das

dificuldades ao nível da motricidade fina e na pega em objetos de menor dimensão e/ou atividade que requerem movimentos finos e precisos.

O S.G. apresenta dificuldades na sua higiene, na medida em que precisa de ajuda para se limpar e para tomar banho. Apesar de controlar os esfíncteres e ir à casa de banho autonomamente, constata-se a necessidade de reforço constante em algumas tarefas inerentes a esta atividade (e.g.: lavar as mãos, puxar o autoclismo). O S.G. tem dificuldade em preservar o seu vestuário e os seus pertences, não apresentando responsabilidade no seu cuidado (e.g.: sujar o vestuário de comida, vestir o casaco do avesso). Em termos de alimentação o S.G. come sozinho (apenas com colher), apesar de alguma dificuldade na pega dos talheres, com alguns comportamentos ainda desajustados (e.g.: come de boca aberta, suja o seu vestuário com comida).

Ao nível das funções executivas o S.G. apresenta dificuldade em manter a atenção e a concentração por longos períodos de tempo, i.e.: realizar uma atividade do início ao fim sem reforço verbal, chamando sempre a atenção quando cumpre com as instruções indicadas. O S.G. compreende instruções simples, e quando as instruções são mais complexas tende a apresentar maiores dificuldades na compreensão, focalizando a atenção para outro estímulo externo, tendo dificuldade em realizar tarefas mais complexas.

Em relação aos gostos do S.G. gosta muito de falar ao telemóvel, de ouvir música e de cantar, assim como de trabalhar no computador. No que concerne à intervenção, através do acordo de cooperação, iniciou o apoio de hidroterapia e do ATL (das 15h às 18h45) em outubro de 2017, tendo terminado os mesmos em junho de 2018.

6.2. Avaliação Psicomotora

Antes de apresentar o instrumento a partir do qual se planificou a intervenção, é fundamental recordar (Pitteri, 2004; Thompson et al., 2004) a necessidade de se estabelecer o perfil intraindividual (psicomotor, comportamental e atitudinal), identificando-se áreas fortes e as áreas a promover para a formalização de um plano de intervenção individualizado, com base nas características de cada cliente, esperando minimizar dificuldades e potenciar o funcionamento (Wuang e Su, 2009). Desta forma, a aplicação dos instrumentos permitiu o estabelecimento do perfil psicomotor e adaptativo individual, a partir do qual se identificaram os objetivos gerais e específicos a desenvolver, bem como a necessidade de apoios respetivos.

6.3. Instrumentos de Avaliação

A *Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa* (ECAP) surgiu com o objetivo de avaliar o comportamento adaptativo, i.e., a qualidade da relação com o

envolvimento, das pessoas com e sem DID, entre os 6 e os 60 anos (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012). A ECAP manteve a estrutura semelhante à versão original (Lambert, Nihira e Leland, 1993), tendo sido adaptada e validada à realidade portuguesa (Santos, Morato e Luckasson, 2014), permitindo o estabelecimento do perfil adaptativo e dando pistas para a planificação de intervenções no âmbito do funcionamento independente, responsabilidade pessoal e social (Lambert et al., 1993; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012).

O preenchimento da ECAP deve ser preferencialmente efetuado através de uma observação direta dos comportamentos no dia-a-dia do indivíduo, em diversos contextos e apenas quando tal não for possível, recorrer a uma pessoa próxima e relevante na vida do avaliado, e que tenha o melhor conhecimento do quotidiano do indivíduo (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012).

A ECAP apresenta duas partes na sua estrutura: a primeira é relativa às competências de independência e a segunda aos comportamentos desajustados (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012; Santos et al., 2014). A primeira parte da escala é composta por 10 domínios e 18 subdomínios: *autonomia* incluindo alimentação, higiene, uso de casa de banho, aparência, cuidados com o vestuário, vestir/despir e deslocações; *desenvolvimento físico*, no qual se avaliam as capacidades sensoriomotoras (visão, audição, tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção de corpo e praxias); *atividade económica* envolvendo a compreensão e utilização do dinheiro; *desenvolvimento da linguagem* compreendendo as componentes recetiva e expressiva da linguagem e respetiva utilização no meio social; *números e tempo*, que tal como o nome indica implica a noção de número e a aprendizagem do tempo (horas, dias...); *atividades domésticas* e.g.: limpeza do lar e preparação de refeições); *atividade pré-profissional*, referente à aquisição de hábitos de trabalho e produtividade; *personalidade*, englobando a iniciativa, perseverança e ocupação de tempos livres; *responsabilidade*; e *socialização*, que se refere às competências de interação e participação com o outro, (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012; Santos et al., 2014). Os itens desta parte são avaliados ou por *complexidade crescente* onde o valor mais elevado é associado à tarefa de maior grau de dificuldade ou por resposta dicotómica (Sim/Não) consoante o indivíduo realiza ou não realiza a tarefa, respetivamente e que cotam 1 ou 0 pontos (Santos e Morato, 2004; Santos e Morato, 2012; Santos et al., 2014).

A segunda parte da escala é constituída por oito domínios (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012; Santos et al., 2014): *comportamento social* (e.g.: agressividade para com os outros); *conformidade* (e.g.: cumprimentos de regras e

reconhecimento da autoridade), *não merecedor de confiança*, *comportamento estereotipado e hiperativo* (e.g.: contacto físico inadequado, comportamento hiperativos, estereótipos de desordens desenvolvimentais), *comportamento sexual* (e.g.: masturbação em locais e alturas desapropriadas, exposição do corpo e participação em atividades sexuais não aceites na comunidades), *comportamento autoabusivo* (e.g.: autoagressão e hábitos inaceitáveis), *ajustamento social* (e.g.: passividade e preferência excessiva por locais e objetos) e *comportamento interpessoal com perturbações* (e.g.: reação a críticas, hábitos de sono, entre outros). A cotação destes itens baseia-se na frequência dos comportamentos, variando entre 0 a 2, em que o valor 0 corresponde ao comportamento nunca ocorreu, o 1 o ocasionalmente, ou seja, menos de 3 vezes por semana, e o 2 frequentemente, ou seja, mais de 3 vezes por semana (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2004; Santos e Morato, 2012; Santos et al., 2014). Nesta parte o valor 0 (zero) é otimal revelando a inexistência de desajustamentos.

Os domínios das duas partes, combinados entre si, organizam-se em cinco fatores: *autossuficiência pessoal* constituído por alguns itens do domínio da autonomia e pelo domínio do desenvolvimento físico; *autossuficiência na comunidade* envolvendo alguns itens do domínio da autonomia, atividade económica, desenvolvimento da linguagem, número e tempo, atividade doméstica e atividade pré-profissional; *responsabilidade pessoal e social* envolvendo os domínios de atividade pré-profissional, responsabilidade, personalidade e socialização; *ajustamento social* baseado nos domínios comportamento social, conformidade, não merecedor de confiança, comportamento interpessoal perturbado; e, por fim, o *ajustamento pessoal* compreendendo os domínios como comportamento estereotipado e hiperativo, comportamento sexual, comportamento autoabusivo, comportamento interpessoal perturbado (Santos e Morato, 2012; Santos et al., 2014).

A análise dos resultados obtidos com a aplicação da ECAP pode ser feita com base nos resultados de cada item, dos domínios cuja pontuação total é obtida através da soma dos pontos atribuídos a cada item constituinte e à qual corresponde um valor médio, percentil e a respetiva classificação funcional, e pela análise dos valores médios e percentis dos cinco fatores (Santos e Morato, 2002, 2012).

O *Teste de Avaliação Psicomotora* (TAP) resultou da adaptação da grelha de avaliação inicial em Psicomotricidade da CerMov, com constantes reformulações e adaptações ao longo dos anos e pelos estagiários que tem tido oportunidade de estagiar na CERCICA. Este ano o estagiário procedeu a novas adaptações pertinentes depois de analisados os casos e o tipo de trabalho concretizado. Esta adaptação e

reformulação teve a colaboração dos orientadores. O instrumento visa analisar as dificuldades e capacidades dos clientes nas áreas motora, cognitiva, social, linguagem e comunicação, autonomia, competências sociais e participação nas diversas atividades, sendo criado, posteriormente, um perfil psicomotor do cliente com as respetivas áreas fortes e áreas a desenvolver. Na elaboração do TAP foram considerados a idade e o nível de desenvolvimento do cliente nos diferentes domínios, permitindo identificar as **áreas fortes e áreas a desenvolver** do cliente (não diagnóstica); estabelecer os objetivos a desenvolver no contexto das sessões e ao longo do processo de intervenção.

O “TAP” é constituído por um total de 48 itens agrupados em 2 domínios: o domínio da **Cognição** subdividido pelos domínios da categorização e sequenciação, analisando-se, também, se o cliente segue uma ordem com duas ou mais instruções e de resolução de problemas; e o domínio dos **Fatores Psicomotores** onde se incluem 7 subdomínios:

- Tonicidade constituído por 5 itens que avaliam o controlo postural (estático e dinâmico), força muscular, extensibilidade, adequação do tónus à tarefa;
- Equilibração com 4 itens para avaliar o equilíbrio estático (apoio retilíneo, apoio unipodal, pés juntos e ponta dos pés) e 7 itens para o equilíbrio dinâmico (marcha controlada sobre uma linha do chão, anda sobre as pontas dos pés, marcha sobre o banco sueco, corre, apanha objetos do chão sem cair, salta a pés juntos, salta com um pé);
- Lateralidade identificando o lado direito/esquerdo em si e no outro (4 itens);
- Noção do corpo implicando a identificação das partes do corpo em si e no outro (2 itens); estruturação espaço-temporal envolvendo 3 itens para identificar as posições do envolvimento em relação a si, entre objetos e em relação ao outro, e mais outros dois itens relativos à estruturação rítmica e à noção de rápido/devagar;
- Praxia global com 13 itens para avaliar se ultrapassa obstáculos; contorna obstáculos; sobe escadas com alternância dos pés; desce escadas com alternância dos pés; senta/levanta; rola o corpo no colchão; lança uma bola por cima; lança uma bola por baixo; dribla; rola a bola por baixo; recebe uma bola; pontapeia a bola; recebe uma bola e
- Praxia fina com 4 itens para avaliar a preensão palmar; preensão em pinça; manipulação de 2 objetos ao mesmo tempo; e transfere objetos de uma mão para a outra.

Todos os itens são cotados da seguinte forma: 0 se um item não é observado/trabalhado; o 1 corresponde a uma capacidade ausente; 2 significa capacidade emergente e por fim, 3 é uma capacidade adquirida. Desta forma, foi possível verificar às áreas fortes e as áreas a desenvolver do sujeito, de modo a auxiliar o estagiário na sua intervenção.

6.4. Procedimentos

Antes do início da intervenção propriamente dita, foram considerados os critérios éticos, tendo sido entregue à família o Consentimento Livre e Informado ([Anexo A](#)), no qual foi explicitado o objetivo do estudo, as diferentes etapas previstas, os instrumentos de avaliação a aplicar e suas finalidades.

A confidencialidade e o anonimato dos dados foram garantidos, clarificando-se a sua utilização para efeitos exclusivamente académicos. Depois de obtidas as respetivas autorizações e assinaturas (incluindo a do próprio participante) - é de se realçar a disponibilidade apresentada pela família neste processo, deu-se início à intervenção, com a aplicação dos instrumentos de avaliação selecionados, e anteriormente discutido e acordado com o orientador: Escala do comportamento Adaptativo versão portuguesa (ECAP – Santos e Morato, 2004) e o Teste de Avaliação Psicomotora, que serão descritos em seguida.

A opção por estes dois instrumentos fundamentou-se quer no cariz de intervenção do estagiário que baseou a sua intervenção na estimulação de competências psicomotoras, quer no seu transfer para a funcionalidade de vida diária visando uma maior independência e regulação comportamental (comportamento adaptativo) às exigências culturais da vida diária, objetivando-se o melhor e mais completo conhecimento sobre o S.G. Ambos os instrumentos foram aplicados por observação direta, nas sessões de hidroterapia e ginásio, tendo a aplicação inicial decorrido durante o mês de janeiro e a final no final de maio 2018.

6.5. Avaliação Inicial

Numa tentativa de perceber melhor o programa planeado e implementado, serão descritos os principais resultados obtidos pelo S.G. na sua avaliação inicial, para em seguida se descrever toda a intervenção concretizada.

Os valores apresentados foram obtidos pela observação de sessões em grupo no ginásio, e nas sessões individuais na hidroterapia. Contudo, é de realçar que devido ao período mais alargado, as sessões no ginásio estiveram uma maior preponderância na avaliação. Foi possível verificar que o S.G. é um jovem adulto que gosta de participar nas atividades em grupo, apesar de algumas dificuldades em manter a atenção num

período mais extenso, sendo necessário instruções verbais constantes. Por vezes apresentava comportamentos desafiantes, não respeitando as regras de grupo/atividade (e.g.: sentar no banco quando o objetivo era para ir para trás da fila; rir numa situação inoportuna), apesar de se chamado à atenção, o S.G. inibir o comportamento, pedindo desculpa.

A nível da tonicidade e do equilíbrio o S.G. não apresentou dificuldades na execução das tarefas propostas, apesar de alguma tendência para a hipertonia quando não se sentia em segurança. O S.G. não apresenta dificuldades na marcha nem na corrida, que se caracteriza por equilibrada e cadenciada, apesar de algumas. Dificuldades em saltar com um pé, evidenciando a tendência de saltar sempre com os dois pés juntos. No meio aquático, o S.G. parece estar adaptado, com controlo respiratório adequado, sem desequilíbrios nem receios, mantendo uma correta postura e um tónus adequado, e conseguindo realizar imersões emersões sem dificuldade.

Ao nível da **noção do corpo e lateralidade**, inicialmente o S.G. tinha dificuldades em nomear as partes do próprio corpo e por vezes confundia-se com o membro esquerdo e direito, necessitando do apoio do estagiário para a realização com sucesso destas, sendo ainda mais visível neste tipo de tarefas mas no outro.

No que respeita à **estruturação espaço-temporal**, o S.G. apresentava dificuldades em reconhecer as posições do envolvimento em relação a si, apresentando necessidade de apoio para realizar as tarefas. O S.G. conseguia, contudo, diferenciar os ritmos rápidos e o lento (e.g.: andar depressa ou mais devagar). No meio aquático, o S.G. conseguia identificar os aspetos espaciais inerentes ao meio aquático como a profundidade e o fundo. A estruturação espaço-temporal é uma área a ser desenvolvida no S.G.

Ao nível da **praxia global**, o S.G. sobe e desce as escadas com alternância dos pés, conseguindo passar por cima e contornar obstáculos, não apresentando dificuldades. Na coordenação oculo-manual, o S.G. tinha dificuldades em realizar lançamentos por cima, tendendo a realizá-los preferencialmente por baixo. O drible era realizado com uma mão, mas por curtos períodos de tempo, tendendo a agarrar a bola imediatamente. No item da coordenação óculo-podal, o S.G. apresentava dificuldades em receber a bola do outro colega, não conseguindo focar a atenção e tendo que ser auxiliado pelo estagiário. No entanto, pontapeava a bola sem dificuldades, demonstrando um adequado controlo oculopodal. No meio aquático foi possível verificar que o S.G. apresentava dificuldade na dissociação dos membros, assim como

na coordenação dos membros inferiores e superiores, tendo sido uma das áreas a trabalhar.

Ao nível da **praxia fina**, o S.G. apresenta dificuldades em atividades que implicam movimentos finos, bem como na pega de objetos de menores dimensões (e.g.: colocar argolas num fio; agarrar num lápis). Também foi possível verificar que o S.G., em atividades que exigissem utilizar as duas mãos (e.g.: agarrar uma caixa como uma mão e com a outra retirar a bola dentro da caixa) tendia a utilizar apenas a mão dominante (direita). O S.G. necessita de constantes instruções verbais, apenas conseguindo manter a atenção num determinado estímulo/tarefa num curto período de tempo.

Ao nível cognitivo S.G. apresenta mais dificuldades, compreendendo instruções simples, mas necessitando de algum apoio para as instruções mais complexas, na resolução de problemas, demonstrando fraca resistência á frustração, tendendo a desistir sempre que achava que não conseguiria concretizar a tarefa. O S.G. apresentava dificuldades em sustentar a atenção por períodos longos de tempo, sendo facilmente distraído por estímulos externos. Esta também foi uma área a ser promovida.

Na avaliação adaptativa, o S.G. apresentou pontuações mais elevadas no domínio do *desenvolvimento físico*, com bom desempenho em termos de equilíbrio, coordenação óculo-manual/podal (apesar de executar o lançamento por baixo), na marcha e na corrida. Apresenta dificuldades na praxia fina, nomeadamente em movimento mais finos e precisos (e.g.: recortar com uma tesoura, desenhar). Estes resultados corroboram os obtidos com a aplicação do TAP.

Os domínios *atividade económica, atividade doméstica, atividade pré-profissional* são os que apresentaram valores iniciais mais baixos que se mantiveram inalterados, dado não serem estimulados nos contextos em que o indivíduo se insere – em casa tem uma empregada doméstica que realiza todo este tipo tarefas e ao nível da atividade económica apesar de utilizar o dinheiro, o S.G. não consegue realizar trocos corretamente, sendo necessário apoio constante.

Ao nível da *autonomia e da responsabilidade* o S.G. apresenta dificuldades ao nível da higiene pessoal e do cuidado com o vestuário, mas aceita o apoio nas instruções. Apresenta resultados elevados ao nível da autonomia na casa de banho e controlo postural. O S.G. apresenta resultados fortes relativamente ao conceito de tempo.

No domínio do *desenvolvimento da linguagem* o S.G. apresentou bons resultados ao nível da expressão pré-verbal, na articulação e nas palavras,

demonstrando resultados positivos ao nível da consciência da existência dos outros e também no egoísmo no domínio da *socialização*.

O S.G. demonstrou alguns comportamentos desajustamentos, apesar dos bons resultados ao nível do *comportamento sexual, auto-abusivo e de ajustamento social*. No domínio *merecedor de confiança*, o S.G. danifica propriedades pessoais, diretamente relacionado com as suas dificuldades ao nível da *responsabilidade* em objetos pessoais. O S.G. exibe alguns comportamentos interpessoais inapropriados, com dificuldades em cumprir instruções, pedidos ou ordens.

6.6. Implementação do Programa de Intervenção Psicomotora

A intervenção autónoma teve início em dezembro, dando continuidade aos objetivos já traçados no plano individual do cliente. É importante referir que este plano individual do S.G. foi realizado em contexto de meio aquático. A intervenção psicomotora durou até junho, num total de 20 sessões concretizadas, das 32 sessões previstas. Algumas destas faltas foram justificadas por motivos de doença ou esquecimento do equipamento correto para as sessões, razão pela qual a responsabilidade foi um dos fatores considerados ao longo da intervenção. É importante referir ainda que, sendo o S.G. um cliente ao abrigo do acordo de cooperação, não tinha apoio durante as férias letivas, a não ser que os encarregados de educação/ cuidadores informais o levassem à instituição. As sessões de carácter semanal tinham uma duração de 30 minutos em meio aquático, e bissemanais de 45 min em contexto de ginásio em grupo.

De acordo com os resultados na avaliação inicial e dos objetivos do Plano Individual do S.G. definiu-se o seu Perfil Psicomotor Intraindividual (tabela 2) com o estabelecimento dos objetivos gerais e específicos a trabalhar e das estratégias a aplicar (tabela 3), e a partir de outras informações – como as motivações e preferências do S.G. e da sua família, entre outras, foi-se delineando o programa psicomotor a implementar. A intervenção psicomotora do estagiário teve a duração.

Tabela 2. Perfil Psicomotor Intraindividual do S.G. (Áreas Fortes e a Desenvolver).

Áreas Fortes	Áreas a Desenvolver
Praxia Global	Atenção e concentração
Equilíbrio	Estruturação espaciotemporal
Noção do Corpo	Higiene e responsabilidade dos bens pessoais
Comportamento social	Atividade económica
Autonomia	Comportamentos estereotipados e hiperativos
Familiarização com o meio aquático	Praxia Fina
Participação em atividade grupais	Resolução de Problemas

De acordo com as observações realizadas e do processo de avaliação contínua e gradual, a intervenção apresentou-se como um caráter reajustável e adaptável sempre que necessário.

Tabela 3. Objetivos Gerais, Específicos e Estratégias no S.G.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias de Intervenção
Promover Autonomia	Desenvolver uma maior responsabilidade nos materiais pessoais para a piscina e para o balneário; Melhorar o cuidado com vestuário nos diversos contextos.	Rotina da sessão; instrução verbal; Feedback Positivo.
Promover Motricidade Global	Melhorar a dissociação dos membros e coordenação (em meio aquático).	Reforço Verbal, utilização de flutuadores, demonstração.
Promover nível cognitivo	Potenciar foco da atenção na tarefa; Manter atenção na tarefa; Desenvolver participação ativa em grupo; Melhorar a compreensão; Reduzir comportamentos desajustados;	Reforço e instruções verbais constantes, rotina de sessão, atividade lúdicas e feedback positivo.
Desenvolver Estruturação Espacio-temporal	Promover a estruturação rítmica; Melhorar as posições espaciais.	Instrução verbal simples e direta, demonstração, atividades lúdicas
Promover a Praxia Fina	Promover a manipulação de um ou mais objetos; Promover a preensão fina.	Instrução verbal constante, demonstração, feedback positivo

Numa primeira fase da intervenção autónoma privilegiou-se a construção de uma nova rotina nas sessões de grupo e também individual, visto ser, um técnico novo na sessão (estagiário). As estratégias mais utilizadas foram a realização de circuitos e jogos lúdicos, mas também as instruções simples e claras, possibilitando ao S.G. um ambiente facilitador de aprendizagem e de novas experiências.

6.7. Apresentação dos Resultados

A apresentação, quantitativa e qualitativa, que se segue refere-se aos resultados obtidos nos dois instrumentos utilizados (TAP e a ECAP) nos dois momentos de avaliação: inicial e final para uma melhor perceção da progressão do caso. Os resultados dos domínios psicomotores (tabela 4) e adaptativos (tabela 5) são comparados com a pontuação máxima possível de obter em cada subdomínio/domínio.

Tabela 4. Resultados obtidos pelo S.G. no Teste de avaliação Psicomotor nos dois momentos de avaliação inicial e final.

Fatores Psicomotores	Avaliação Inicial	Pontuação máxima	Avaliação Final
Tonicidade	10	12	11
Equilíbrio	24	33	24
Lateralidade	10	12	10
Noção do Corpo	3	6	5
Estruturação Espacio-temporal	6	15	8

Praxia global	31	39	31
Praxia Fina	5	12	5
Nível Cognitivo			
Categorização	1	3	2
Sequenciação	1	3	2
Segue ordens com 2/+ instruções	1	3	2
Resolução de problemas	1	3	2

Tal como se constata na tabela 4, houve ligeiras melhorias em alguns fatores psicomotores – *tonicidade, noção do corpo, estruturação espaciotemporal* e em todos os itens do *subdomínio cognitivo*. Os restantes domínios não demonstraram alterações ao longo do tempo possivelmente justificadas pela dificuldade que o S.G. tinha em manter a atenção na tarefa e que facilmente o fazia desistir de continuar a tentar, apesar das suas capacidades para a sua realização. As faltas do S.G. e as dificuldades na coordenação e dissociação dos membros superiores e inferiores, em meio aquático, podem ter estado na origem da manutenção dos mesmos valores nos dois momentos de avaliação.

Tabela 5. Resultados obtidos pelo S.G. na ECAP nos dois momentos de avaliação inicial e final.

ECAP – Domínios Parte I	Avaliação Inicial	Pontuação máxima	Avaliação Final
Autonomia	61	130	67
Desenvolvimento Físico	32	38	32
Atividade Económica	4	30	4
Desenvolvimento da linguagem	22	50	23
Números e Tempo	7	20	7
Atividade Doméstica	2	25	2
Atividade Pré-Profissional	0	11	0
Personalidade	3	23	4
Responsabilidade	0	11	1
Socialização	12	26	12
ECAP – Domínios Parte II			
Comportamento Social	18	92	17
Conformidade	26	66	21
Merecedor de Confiança	9	60	9
Comport. Estereotipado e Hiperativo	56	98	49
Comportamento Sexual	5	23	4
Comportamento Autoabusivo	1	52	1
Ajustamento Social	0	44	0
Comport. Interpessoal Perturbado	11	72	11

Do ponto de vista adaptativo, constata-se melhorias mais acentuadas nos domínios da autonomia, apesar de nos domínios do desenvolvimento da linguagem, personalidade e da responsabilidade se terem verificado ligeiros aumentos nas pontuações finais. No que toca aos domínios da segunda parte, também se observam algumas melhorias nomeadamente na redução de desajustamentos ao nível dos

domínios *comportamento social, conformidade, comportamento estereotipado, hiperativo e sexual*, mantendo-se os restantes inalterados.

De seguida, será abordado a discussão dos resultados, tendo por base a literatura.

6.8. Discussão dos Resultados

Neste subcapítulo, tentar-se-á interpretar os resultados obtidos à luz da vivência do estagiário ao longo do ano letivo e da relação/conhecimento que detém com o S.G., bem como com outras informações fornecidas pela equipa.

De uma forma geral, o S.G. apresentou dificuldades na manutenção da atenção e concentração nas tarefas, o que teve repercussões a nível da regulação comportamental. Esta questão era evidente no menor sucesso na realização das atividades em parte devido às dificuldades de compreensão do que era dito, e à fácil distratibilidade demonstrada quando não conseguia realizar as tarefas de acordo com o que era solicitado (Alarcon et al., 2005; Hennekam, 2006; Gálera et al., 2009). Neste sentido, a atuação do estagiário pautou-se por instruções concretas e sucintas para atividades que fossem do agrado do S.G. com o objetivo de permanecer o foco na tarefa, enquanto a repetição da instrução verbal com demonstração era também utilizada como uma medida de apoio. As limitações no processamento da informação repercutiam-se, assim, na execução motora (Smits-Engelsman e Hill, 2012).

A nível psicomotor, o S.G. apresentou algumas dificuldades ao nível da coordenação, principalmente em meio aquático (Cazalets et al., 2017; Hennekam, 2006), necessitando de mais tempo para a realização de qualquer atividade motora (Unterrainer et al., 2004), que foi aproveitado, pelo estagiário, para reforçar por apoio verbal. A marcha e a postura do S.G. parece ser caracterizada por um desempenho euprático, sendo que as maiores dificuldades se situam no âmbito da praxia fina. A maior limitação na preensão fina pode derivar da própria morfologia da mão, característica somática da SRT, dificultando a realização das tarefas desta natureza (Cazalets et al., 2017). A combinação de duas ou mais tarefas, a menor velocidade e precisão prático do S.G. repercutem-se na funcionalidade diária (Jankowicz-Szymanska, Mikolajczyk e Wojtanowski, 2012) tal como foi verificado ao longo da intervenção com o S.G, nomeadamente na tarefa do vestir/despir no balneário.

Ainda no âmbito psicomotor há a destacar a evolução nos fatores da tonicidade, noção do corpo e estruturação espaciotemporal, particularmente nos itens “adequação do tónus à tarefa”, nos dois itens da noção do corpo, noção de rápido/devagar e identifica as posições do envolvimento em relação a si. A presença e o facto de ser em

grupo podem ter ajudado à interiorização de regras e conceitos trabalhados (Kay et al., 2016; Santos, 2012). Acresce ainda, e ao longo de toda a intervenção, a estimulação da atenção através de atividades significativas e úteis para o S.G.

Apesar das dificuldades sentidas em atividades que implicassem identificar posições do envolvimento em relação a si (e.g.: ir para dentro do arco), ao longo das sessões o S.G. foi conseguindo realizar as atividades corretamente, respondendo, inclusive, de forma acertada. Ao nível da estruturação espaço-temporal, o S.G. conseguiu identificar melhor as posições espaciais (e.g.: dentro e fora do arco), apesar dos resultados da estruturação rítmica se manterem inalterados, devido à grande capacidade de concentração que este tipo de tarefa exige. Ao nível da praxia fina, não houve alterações significativas, no entanto, ao longo das sessões o S.G. que até então tendia a utilizar apenas um membro superior para realizar as atividades, começou a utilizar os dois membros respetivamente (e.g.: agarrar uma bola com uma mão e com a outra agarrar o arco).

É de realçar que as atividades em grupo, no ginásio, promoveram algumas das competências sociais (e.g.: saber esperar pela sua vez, aumentar a tolerância à frustração). A intervenção psicomotora (Santos, 2012, 2014) em contexto grupal (Kay et al., 2016) parece promover a noção e interiorização das regras, assim como o funcionamento cognitivo. No que toca ao domínio cognitivo, parece que a forma de apresentação das tarefas foi uma mais-valia, bem como o exercício das atividades terem impacto e serem experienciadas na vida diária. Desta forma, o S.G. parece assumir um desempenho superior em instruções/ordens com 2 ou mais instruções o que também se repercutiu na resolução de problemas, sendo que o tipo de tarefas – estruturadas e semiestruturadas, foi planeado tendo em vista a participação ativa e real nas atividades de vida diária. O acompanhamento e o apoio verbal ao nível do balneário (e.g.: vestir, arrumar o material, entre outros), nas sessões de meio aquático, parece ter contribuído para este progresso, potenciando a capacidade adaptativa e funcional do S.G. (McKenzie, 2013; Santos, 2003, 2017).

No âmbito dos domínios adaptativos, um dos que mais melhorias apresentou foi a *autonomia*, especificamente nos itens uso dos utensílios de mesa” e “maneiras à mesa”. O domínio do *desenvolvimento da linguagem* não registou grandes alterações, também devido ao facto de o S.G. não saber ler nem escrever, observando-se, contudo uma ligeira melhoria na identificação correta das letras do alfabeto. Também é relevante notar que o S.G. apresentou bons resultados ao nível da expressão pré-verbal, na articulação e nas palavras. Por último, no domínio da *socialização* não se notaram

melhorias, apesar dos resultados elevados ao nível da consciência da existência dos outros e também no egoísmo.

As dificuldades ao nível da responsabilização pelos bens pessoais, bem como da própria higiene e das atividades domésticas, podem estar relacionadas com as características do contexto domiciliário do S.G., dado o estatuto socioeconómico da família permitir a contratação de uma empregada que se responsabiliza, assim, pela concretização das tarefas em questão. A indicação que fica é que a família poderá ser um apoio natural na responsabilização do S.G. neste tipo de tarefas, contribuindo-se para uma maior funcionalidade (Santos, 2014) e participação social (Dagnan e Waring, 2004; Finlay e Lyons, 2000).

Por outro lado, e apesar do S.G. apresentar boas competências sociais, cumprimentando sempre os técnicos, sendo amigável para estes e para os colegas, estando sempre bem-disposto, verifica-se ainda a necessidade de apoios ao nível da regulação comportamental (Salvador Carulla et al., 2011; Waite et al., 2015; Watkins et al., 2016), dados alguns desajustamentos (e.g.: questionar repetitivamente, toque excessivo no outro quando quer perguntar algo). A noção da regra social apesar de algumas evoluções positivas (nos domínios da parte II) deverá continuar a ser trabalhada e estimulada com o cliente.

Finalmente, e na parte dos desajustamentos adaptativos, o S.G., ao longo da intervenção, foi apresentando comportamentos repetitivos (Waite et al., 2015), sendo os mais frequentes: para além do questionar repetidamente, estereotipias manuais e a repetição de frases e ecolalias (Stevens, Carey e Blackburn, 1990). Ocasionalmente o S.G. tinha comportamentos desajustados em dinâmica de grupo (e.g.: sentar no banco quando não lhe era pedido), no entanto, quando chamado à atenção respondia positivamente, verificando-se a diminuição destes comportamentos ao longo das sessões, através do reforço verbal (constante). Situação idêntica ocorreu na redução de comportamentos de correr e/ou saltar constantemente à volta da sala, com minimização desta interrupção nas atividades dos outros clientes. Assim, se explicam as melhorias encontradas nos domínios do *comportamento social* e *comportamento estereotipado e hiperativo*.

Relativamente à intervenção em meio aquático, em situação de apoio individual, o fator da responsabilidade, bem como na dissociação e coordenação dos membros (superiores e inferiores) não se fez sentir tanto, possivelmente explicado pelas constantes ausências do cliente. Tal como referido inicialmente, o S.G. demonstrou sempre boa-disposição e motivação para as atividades.

É importante referir e em género de reflexão, que a CERCICA já tinha sido o local de estágio do estagiário no 3º ano da licenciatura, e, portanto, um contexto onde o mesmo já se sentia familiarizado com as práticas, rotinas e funcionamento institucional. Desta forma se explica, o maior à-vontade e um início de atividade mais cedo do que o habitual, não havendo necessidade de aprofundar a parte da observação, e reforçando-se, assim, a parte da intervenção para a maior autonomia do estagiário.

Apesar do estudo de caso ter servido de exemplo pormenorizado, o estagiário teve a oportunidade de prestar apoio a 33 casos, maioritariamente adultos com DID, que apesar do mesmo diagnóstico, apresentavam características heterogéneas e diversificadas, o que exigia a flexibilização e a adequação das instruções (verbais e não-verbais) e das propostas a cada um, em situações de planeamento centrado na pessoa. O estabelecimento da relação empática, a compreensão do outro, o respeito pelo ritmo próprio, o aproveitar algumas situações de improviso, e a adaptação (dos contextos, atividades, materiais, estratégias, instruções...) aos interesses individuais, foram algumas das aprendizagens que se transportou dos livros teóricos para a prática real.

O trabalho em equipa deve também ser realçado, dada a dimensão da instituição de acolhimento, salientando-se a figura sempre presente do orientador local, mas de todos os outros técnicos que se mostravam disponíveis para ouvir as dúvidas, clarificar questões e partilhar conhecimentos e inclusive para ouvir novas ideias.

Ao longo de toda a intervenção com o S.G. percebeu-se a importância do reforço e da forma como as instruções verbais devem ser dadas, caracterizadas pela sua constância, simplicidade e nível de concreto para a manutenção do foco na tarefa. A utilização de diversos materiais atrativos e com significado para o S.G. foram outras questões pensadas ao longo do ano letivo. Ainda neste âmbito, a sequencialização de atividades para um maior sentido de orientação e de autonomia nas sessões, bem como a dinâmica de grupo, a de tarefas, o feedback prático, positivo e corretivo foram também outras formas de captar a atenção do cliente.

A criação de atividades lúdicas que fossem ao encontro dos interesses do S.G. (e também do grupo onde estava inserido) permitiu a exploração do meio de uma forma semiestruturada, permitindo criar contextos facilitadores de aprendizagem e de experiências, potencializando as competências psicomotoras, cognitivas e socioemocionais.

Como foi referido anteriormente, percebe-se que para uma intervenção completa seria necessária uma participação mais assídua do S.G. (em meio aquático), e inclusive um trabalho em maior parceria com a família visando-se o transfer das competências

de “sala/ginásio” para a vida familiar. A importância dos diversos contextos onde a pessoa se insere, o evitar a infantilização e a pouca exigência na qualidade do desempenho foram aspetos realçado durante todo este ano de estágio.

Ao longo do ano letivo, e apesar de não constarem no horário estipulado, o estagiário teve oportunidade de participar em algumas atividades extracurriculares - novas experiências de aprendizagem, pelo que a sua breve descrição será feita em seguida.

7. Outras Atividades realizadas no Estágio

- **Hidro-Halloween** (31 outubro 2017) – aula de hidroginástica alusiva ao *Halloween* aberta à comunidade, realizada pelos técnicos da Cermov, e que teve como objetivo melhorar a resistência cardiorrespiratória, força, a flexibilidade e a resistência muscular, assim como aproximar a Cercica à comunidade; o estagiário deu apoio na logística e participou na aula;
- **Torneio Cercica** (3 novembro 2017) – no Complexo Desportivo da Abóboda com a participação de outras instituições, inserido no *Special Olympics*; o estagiário deu apoio na logística, no acompanhamento e orientação dos participantes e no registo de tempos das diversas provas;
- **IV Torneio Nada lá – Natação Adaptada** (7 fevereiro 2018) – realizado pela CerMov no Complexo Desportivo da Abóboda com a participação de outras instituições do concelho; o estagiário acompanhou e orientou os participantes da Cercica, assim como efetuou o registo dos tempos das diversas provas;
- **Workshop Psicomotricidade em Meio Aquático** (21 março 2018) – realizado na Faculdade de Motricidade Humana o técnico João Paixão e Rita Freixieiro forneceram conhecimentos teóricos e práticos no contexto psicomotricidade em meio aquático, apresentando “estudos de caso” práticos aos estudantes de reabilitação psicomotora;
- **Formação Golf** (6 abril e 8 maio de 2018) – inicialmente realizada na Cercica, procurou iniciar uma nova modalidade adaptada. Primeiramente, foi transmitida a informação acerca das regras e das pegadas dos tacos e, em seguida, realizaram-se atividades específicas do golf e adaptadas aos clientes. Posteriormente, a formação teve lugar nos campos de golfe onde os formandos tiveram a oportunidade de experimentar jogar golf.
- **Apresentação sobre DID** (11 maio 2018) realizada para explicitar à equipa técnica a nova terminologia e conceitualização sobre a DID, bem como novo sistema de

classificação, baseado no perfil dos apoios necessários. Além disso, foram apresentados alguns estudos sobre a intervenção em meio aquático neste tipo de população e com crianças com perturbação do espectro do autismo.

- **Apresentação Póster na Semana de Psicomotricidade** (15 maio 2018) realizado no âmbito da semana da Psicomotricidade na Faculdade de Motricidade Humana, teve como principal objetivo dar a conhecer a instituição e o trabalho realizado pelo estagiário ao longo do ano, explicitando o local de estágio, assim como o tipo de população do qual a intervenção se realizou, as dificuldades e as conquistas sentidas ao longo do ano e também recomendações, conselhos para os futuros estagiários.

8. Conclusão e Reflexão Pessoal

O presente relatório procurou explicitar e refletir, sobre o transfer dos principais fundamentos teóricos relativos ao desenvolvimento e intervenção na população com DID – aprendidos nas unidades curriculares do 1ºano, para a intervenção psicomotora na prática e realizada na CERCICA, mais concretamente no Núcleo Terapêutico e de Atividade Motora - o CerMov durante os 9 meses de estágio Curricular. A importância desta experiência tão profícua a nível profissional e pessoal foi deveras única e insubstituível. Todos os dias eram diferentes, únicos e com novas ideias e experiências a acontecer constantemente à medida que o tempo ia passando.

Este passo na formação académica, fundamental no estabelecimento de ligação entre a literatura/teoria e a realidade/prática, nem sempre concordante na sua totalidade, foi essencial, na medida em que cada caso, apesar do mesmo diagnóstico, apresentar uma diversidade fenotípica e comportamental decorrente dos fatores pessoais e contextuais. Foi importante esta ligação, permitindo aplicar todos os conhecimentos até então estudados, enquadrá-los num espaço físico, num contexto específico e num caso real, i.e., numa pessoa com características próprias, com gostos, com necessidades e desejos.

Numa perspetiva mais relacionada com a instituição, a CERCICA é uma instituição de grandes dimensões, que trabalha no sentido de dar resposta e desenvolver um trabalho pessoal individualizado, a um número elevado de clientes, com o principal objetivo de proporcionar uma melhor e maior qualidade de vida e bem-estar a estes. Uma característica para o sucesso desta instituição na capacitação dos sujeitos, da promoção da funcionalidade e de autonomia nestes, é o constante apoio que o pessoal técnico fornece aos indivíduos e respetivas famílias, assim como o clima de bem-estar, harmonia, de companheirismo, respeito, responsabilidade e também a nível de organização existente desde o primeiro contacto. Tal como referido, inicialmente, a instituição tem como base a igualdade e respeito pela pessoa, construindo um percurso de valores e de direitos iguais a cada ser humano, facilitando a equiparação de oportunidades, a responsabilização dos clientes, para exercerem a sua plena cidadania e participando ativamente na sociedade e nos diversos envolvimento, onde se inserem.

A intervenção na CERCICA permite desenvolver os apoios necessários para a promoção da funcionalidade, autonomia e capacitação do cliente. Para além de desenvolver o maior número de atividades, projetos, respostas inovadoras e adequados à sua população-alvo, promove uma maior possibilidade de escolha por parte do próprio cliente – encarado como um consumidor ativo e não como alguém passivo para quem é tudo decidido por terceiros, de acordo com as suas motivações e interesses, e fornece

ferramentas de desenvolvimento pessoal, i.e., a pessoa com DID é vista como um ser ativo na construção do processo terapêutico, criando espaço para decisões e escolhas autónomas essenciais para a sua qualidade de vida e funcionalidade.

A CerMov, como uma das respostas empreendedoras da CERCICA, rege-se pelos mesmos objetivos, representando um serviço terapêutico dirigido a um largo espectro de situações e necessidades, abrangendo diversos tipos de população desde a infância até à idade sénior, no âmbito recreativo, terapêutico e educativo, ocorrendo constantes relações com todos os apoios que os sujeitos apresentem (e.g.: CAO, Ateliers, Formação Profissional, outro e qualquer tipo de terapias). O apoio prestado pretende contribuir para maximizar a independência e a funcionalidade individual, para uma vida com mais qualidade tornando estas pessoas, cidadãos ativos (Schalock et al., 2010). O seja, o trabalho é realizado com e para a pessoa e não para a dificuldade ou limitação.

Todos os fundamentos teóricos apresentados ao longo do presente relatório foram tidos em conta durante a intervenção do estagiário. O trabalho com a família e com os outros técnicos permitiu a formulação de um plano individualizado, num ambiente facilitador, com objetivos específicos, onde a autorrepresentação é um dos constructos trabalhados, bem como a autoexploração permitindo ao individuo ter diversas experiências enriquecedoras para o seu desenvolvimento e de aprendizagem.

Este estágio curricular revelou-se como uma experiência desafiante, e enriquecedora de conhecimento, autodescoberta, e de desenvolvimento profissional e pessoal. A oportunidade de aprender e de inovar com o constante diálogo com o orientador institucional e com a equipa técnica foi uma mais-valia ao longo do estágio, permitindo o esclarecimento de eventuais dúvidas, o questionamento de algumas questões e a prática (com rede) com uma segurança e autonomia crescentes, rodeado de motivação e reforço para a melhoria.

Não obstante, nesta experiência, também existiram limitações, dificuldades e dúvidas acerca da própria intervenção, o que foi exigindo uma grande autorreflexão acerca do trabalho realizado, e de que forma se poderia ir mais além nos objetivos propostos. Estas dúvidas e incertezas foram-se minimizando e alterando consoante o progresso dos clientes e do próprio estagiários. O tempo, que pareceu reduzido, do apoio psicomotor, nomeadamente em meio aquático (30 min apenas), dificultou a reflexão acerca dos planeamentos de sessões e objetivos. As faltas dos clientes por diversos motivos foi também sentida como uma barreira à progressão pretendida, ficando-se com a ideia da necessidade de um treino constante e que sempre que

possível deverá ser continuado em contexto familiar/domiciliário. Contudo, ao longo do tempo, estas dificuldades foram ultrapassadas, o estado nervoso e ansioso por intervir autonomamente com as pessoas foi desaparecendo, tornando todos os dias “caminhadas” de experiência, de aprendizagem e desafios essenciais para construção do estado profissional e melhorando o desenvolvimento pessoal do próprio estagiário.

Esta forte ligação que se foi criando entre todos os intervenientes presentes nesta etapa importante, permitiu ao estagiário usufruir de diversas atividades, desde a hidrosénior, passando pelo projeto do *Rugby*, o que permitiu sair da zona de conforto e ultrapassar o que se consideraram, inicialmente, limites e barreiras. A importância do estabelecimento das relações entre o técnico e o cliente, criando um ambiente de harmonia, de confiança e de segurança, de dar com o conhecimento sobre os outros e estes sobre mim permitiu redescobrir-me, de enfrentar os desafios na vida com uma visão diferente.

Em suma, e em jeito de reflexão pessoal, após oito meses de constante aprendizagem, de experiências diversas e de crescimento, enquanto aluno, psicomotricista e acima de tudo Ser Humano, considero-me realizado nesta “caminhada”. Disfrutei ao máximo de todos os momentos vividos, de todas as alegrias, tristezas, conversas, dando sempre o melhor de mim em todas as situações, a cada caso. Hoje, sinto que faço parte desta grande “família” que é a CERCICA, mais concretamente a CerMov.

O caminho foi sinuoso, com muitos obstáculos para ultrapassar, com novas experiências, novos contextos e exigências foi uma experiência que permitiu perceber a necessidade e a relevância de um sistema de apoio (ao estagiário) para enfrentar e ultrapassar as dificuldades e receios, que permitisse a descoberta das capacidades/possibilidades do estagiário, melhorando enquanto Psicomotricista mas também como Ser Humano. O estágio afigura-se como uma caminhada de aprendizagem, de estimulação da observação, do pensamento, da criação, da imaginação... para um crescimento profissional robusto. Uma caminhada onde se deu o máximo e o melhor, apesar dos dias bons e menos bons, levando interiorizado a importância de encarar com um sorriso e cheio de pensamento positivo o dia seguinte mesmo quando as situações não corriam como planeadas.

Todos os sorrisos verdadeiros, todas as interações, todos os diálogos e discussões, todos os afetos e todas as relações serão levados comigo na maior “caminhada” que é a Vida.

Obrigado a todos os intervenientes que de uma forma direta ou indireta me fizeram uma pessoa melhor, mais feliz e mais completa! Nunca vos esquecerei...

9. Referências Bibliográficas

- Aharoni, H. (2005). Adapted physical activities for the intellectually challenged adolescent: psychomotor characteristics and implications for programming and motor intervention. *International journal of adolescent medicine and health*, 17 (1), 33-47.
- Alarcón, J., Malleret, G., Touzani, K., Vronskaya, S., Ishii, S., Kandel, E. e Barco, A. (2004). Chromatin acetylation, memory, and LTP are impaired in CBP+/- mice: a model for the cognitive deficit in Rubinstein-Taybi syndrome and its amelioration. *Neuron*, 42(6), 947-959, doi: 10.1016/j.neuron.2004.05.021.
- Aman, M. e Ramadan, Y. (2007). Pharmacotherapy. in J. Jacobson, J. Mullick e J. Rojahn (eds). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities – issues in clinical child psychology* (657-671). New York: Spring Science
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Antaki, C. (2012). Seven Interactional benefits of Physical Tasks for People with Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 50(4), 311-321, doi: 10.1352/1934-9556-50.4.311.
- Antunes, A. e Santos, S. (2015). Os Benefícios de um programa de intervenção psicomotora para indivíduos com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais ao nível do comportamento adaptativo e da proficiência motora: estudo comparativo. *A Psicomotricidade*, 18, 89-122;
- Arnold, G., Boone, K., Lu, P., Dean, A., Wen, J., Nitch, S. e McPherson, S. (2005). Sensitivity and specificity of finger tapping test scores for the detection of suspect effort. *The Clinical Neuropsychologist*, 19(1): 105–120, doi: 10.1080/13854040490888567;
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2017). *Psicomotricidade – Práticas Profissionais*. Consultado a 20 Novembro 2017 Retirado de <https://appsicomotricidade.pt/wp-content/uploads/2017/07/Brochura-Total.pdf>.
- Barnhill, J. e McNelis, D. (2012). Overview of Intellectual/Developmental Disabilities. *Focus – the Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. X (3): 300-306, doi: 10.1176/appi.focus.10.3.300
- Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., e Lombardo, M. (2013). *Understanding other minds: Perspectives from developmental social neuroscience*. Oxford: Oxford University Press.
- Beets, L., Rodríguez-Fonseca, C., e Hennekam, R. (2014). Growth charts for individuals with Rubinstein-Taybi Syndrome. *American Journal of Medical Genetics, Part A* 164A: 2300–2309.
- Belva, B. e Matson, J. (2013). An examination of specific daily living skills deficits in adults with profound intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34: 596 – 604, doi: 10.1016/j.ridd.2012.09.021
- Brown, I., Parmenter, T. e Percy, M. (2007). Trends and issues in intellectual and developmental disabilities. In I. Brown e M. Percy (Eds.), *A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities* (pp. 45–57). Baltimore, MD: Brookes Publishing.
- Bowring, D., Totsika, V., Hastings, R., Toogood, S., e Griffith, G. (2017). Challenging behaviours in adults with an intellectual disability: A total population study and exploration of risk indices. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 16-32, doi: 10.1111/bjc.12118

Burack, J., Hodapp, R. e Ziegler, E. (1998). *Handbook of Mental Retardation and Development*. Cambridge University press.

Camus, J. (1999). *Las prácticas acuáticas del bebé*. 2ª Edição Pai do Tribo: Barcelona

Carmeli, E., Bar-Yossef, T., Ariav, C., Levy, R. e Liebermann, D. (2008). Perceptual-motor coordination in persons with mild intellectual disability. *Disability and Rehabilitation*, 30 (5), 323-329, doi: 10.1080/09638280701265398;

Cazalets, J., Bestaven, E., Doat, E., Baudier, M., Gallot, C., Amestoy, A., ... e Van-gils, J. (2017). Evaluation of Motor Skills in Children with Rubinstein–Taybi Syndrome. *Journal of autism and developmental disorders*, 47(11), 3321-3332, doi: 10.1007/s10803-017-3259-1.

CERCICA (2010a). *Quem somos*. Pesquisa feita no dia 15 de outubro de 2017 e retirado de CERCICA: <http://www.cercica.pt/missao.php>

CERCICA (2010b). *Missão, Visão e Valores*. Pesquisa feita no dia 15 de outubro de 2017 e retirado de CERCICA: <http://www.cercica.pt/missao.php>

CERCICA (2010c). *Organograma CERCICA*. Pesquisa feita no dia 15 de outubro de 2017 e retirado de CERCICA: <http://www.cercica.pt/organograma.php>

CERCICA (2010d). *Corpos Sociais*. Pesquisa feita no dia 15 de outubro de 2017 e retirado de CERCICA: <http://www.cercica.pt/corpos.php>

CERCICA (2010e). *Entidades Financiadoras*. Pesquisa feita no dia 15 de outubro de 2017 e retirado de CERCICA: <http://www.cercica.pt/entidades.php>

CERCICA (2010f). *Apoios e Parcerias*. Pesquisa feita no dia 15 de outubro de 2017 e retirado de CERCICA: <http://cercica.pt/apoios.php>

CERCICA (2010g). *Parcerias*. Pesquisa feita no dia 15 de outubro de 2017 e retirado de CERCICA: <http://www.cercica.pt/parcerias.php>

CERCICA (2010h). *Mecenato*. Pesquisa feita no dia 15 de outubro de 2017 e retirado de CERCICA: <http://www.cercica.pt/mecenato.php>

CERCICA (2010j). *Intervenção precoce*. Pesquisa feita no dia 15 de outubro de 2017 e retirado de CERCICA: http://cercica.pt/intervencao_pre2.php

CERCICA. (2010k). *Centro de recursos para a inclusão*. Pesquisa feita no dia 15 de outubro de 2017 e retirado de CERCICA: <http://cercica.pt/cr2.php>

CERCICA. (2010l). *Avaliação e orientação profissional*. Pesquisa feita no dia 15 de outubro de 2017 e retirado de CERCICA: <http://cercica.pt/avaliacao.php>

CERCICA. (2010m). *Formação profissional*. Pesquisa feita no dia 21 de outubro de 2017 e retirado de CERCICA: <http://cercica.pt/formacaonav.php>

CERCICA. (2010n). *Apoio à colocação*. Pesquisa feita no dia 21 de outubro de 2017 e retirado de CERCICA: <http://cercica.pt/apoio.php>

CERCICA. (2010o). *Actividades Ocupacionais*. Pesquisa feita no dia 21 de outubro de 2017 e retirado de CERCICA: http://cercica.pt/activ_ocupacionais.php

CERCICA. (2010p). *Residências*. Pesquisa feita no dia 21 de outubro de 2017 e retirado de CERCICA: <http://cercica.pt/residenciais.php>

CERCICA. (2010q). *Apoio ao domicílio*. Pesquisa feita no dia 21 de outubro de 2017 e retirado de CERCICA: http://cercica.pt/apoio_domiciliario.php

CERCICA. (2010r). *Aconselhamento*. Pesquisa feita no dia 21 de outubro de 2017 e retirado de CERCICA: <http://cercica.pt/aconselhamento.php>

CERCICA. (2010s). *Comunidade*. Pesquisa feita no dia 21 de outubro de 2017 e retirado de CERCICA: <http://cercica.pt/comunidade.php>

CERCICA. (2010t). *Consultas*. Pesquisa feita no dia 21 de outubro de 2017 e retirado de CERCICA: <http://cercica.pt/consultas.php>

CERCICA. (2010u). *Terapias*. Pesquisa feita no dia 21 de outubro de 2017 e retirado de CERCICA: <http://cercica.pt/terapias.php>

CERCICA. (2010v). *Piscinas*. Pesquisa feita no dia 21 de outubro de 2017 e retirado de CERCICA: <http://cercica.pt/terapias.php>

CERCICA. (2010x). *Ginásio*. Pesquisa feita no dia 21 de outubro de 2017 e retirado de CERCICA: <http://cercica.pt/ginasio.php>

CERCICA (2010z). *Editora CERCICA e Gráfica*. Retirado de CERCICA: <http://www.editoracercica.com/>

CERCICA (2012). *Política de qualidade*. Retirado de CERCICA: <http://cercica.pt/politica.php>

CERCICA (2013a). *Regulamento interno geral*. Retirado de CERCICA: http://cercica.pt/links_files/Regulamento-Interno-Geral-2013.pdf

CERCICA. (2013b). *Política e recrutamento de seleção*. Retirado de CERCICA: http://www.cercica.pt/links_files/PoliticaDeRecrutamentoESeleccao.pdf

CERCICA (2015a). *Manual de Acolhimento Cercica 2015*.

CERCICA (2015b). *Regulamento interno Centro de Atividades Ocupacionais*. Retirado de CERCICA: http://cercica.pt/links_files/Regulamento-Interno-CAO.pdf

CERCICA (2015c). *Regulamento interno Serviço de Apoio Domiciliário*. Pesquisa feita no dia 25 de OUTUBRO de 2017 e retirado de CERCICA: http://cercica.pt/links_files/Regulamento-Interno-SAD.pdf

CERCICA (2018). *Plano Anual de Atividades e Orçamento*. Retirado de CERCICA: https://www.cercica.pt/images/pdfs/plano_anual_atividades_orcamento_2018.pdf

Cleaver, S., Hunter, D., e Ouellette-Kuntz, H. (2009). Physical mobility limitations in adults with intellectual disabilities: a systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53 (2), 93-105, doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.01137.x

Conners, F., Atwell, J., Rosenquist, C. e Sligh, A. (2001). Abilities underlying decoding differences in children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45 (4), 292 – 299, doi: 10.1046/j.1365-2788.2001.00319.x.

Coupry, I., Roudaut, C., Stef, M., Delrue, M. A., Marche, M., Burgelin, I., ... e Arveiler, B. (2002). Molecular analysis of the CBP gene in 60 patients with Rubinstein-Taybi syndrome. *Journal of Medical Genetics*, 39(6), 415-421.

Crníc, K., Neece, C., McIntyre, L., Blacher, J., e Baker, B. (2017). Intellectual Disability and Developmental Risk: Promoting Intervention to Improve Child and Family Well-Being. *Child Development*, 88(2), 436-445, doi: 10.1111/cdev.12740.

Dagnan D. e Waring M. (2004) Linking stigma to psychological distress: testing a social-cognitive model of the experience of people with intellectual disabilities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11: 247 – 254, doi: 10.1002/cpp.413.

Decreto-Lei nº 91/2009. Assembleia da República. Diário da República, 1ª série -Nº168 – 31 de agosto de 2009, 5724.

Detterman D., Mayer J., Caruso D., Legree, P., Conners F. e Taylor R. (1992). Assessment of basic cognitive abilities in relation to cognitive deficits. *American Journal of Mental Deficiency*, 97 (3), 251 – 286.

Diamond, A. (2000). Close interrelation of motor development and cognitive development and of the cerebellum and prefrontal cortex. *Child Development*, 71 (1), 44 – 56.

Di Blasi, F., Elia, F., Buono, S., Ramakers, G. e Di Nuovo, S. (2007). Relationships between visual-motor and cognitive abilities in intellectual disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 104 (3), 763 – 772, doi: 10.2466/pms.104.3.763-772

Enkelaar, L., Smulders, E., Lantman-de Valk, H., Weerdesteyn, V. e Geurts, A. (2013). Clinical measures are feasible and sensitive to assess balance and gait capacities in older persons with mild to moderate Intellectual Disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 276-285, doi: 10.1016/j.ridd.2012.08.014;

Evans, D. W. (1998). Development of the selfconcept in children with mental retardation: Organismic and contextual factors. In J. Burack, R. Hodapp, e E. Zigler (Eds.), *Handbook of mental retardation and development* (pp. 462–480). New York: Cambridge University Press.

FENACERCI (2013-2015a). *A Fenacerci, Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social*. Pesquisa feita no dia 25 de OUTUBRO de 2017 e retirado de: <http://fenacerci.pt/web/fenacerci.html>

FENACERCI (2013-2015b). *O Movimento CERCi - O aparecimento das primeiras CERCIS*. Pesquisa feita no dia 25 de OUTUBRO de 2017 e retirado de: <http://www.fenacerci.pt/web/fenacerci/movimento.html>

Finlay, W. e Lyons, E. (2000) Social categorizations, social comparisons and stigma: presentations of self in people with learning difficulties. *The British Journal of Social Psychology*, 39: 129 – 146.

Flores, A. (2015). *Entrevista sobre a organização da CERCICA – CerMOV*. 13 de outubro.

Fonseca, V. (1977). *Contributo para o estudo da Génese da Psicomotricidade* (2^o edição). Lisboa: Editorial Notícias.

Fonseca, V. (1995). A deficiência mental a partir de um enfoque psicomotor. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 3 (4): 125-139.

Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade – perspectivas multidisciplinares*. Editora Ancora.

Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. Lisboa: Âncora Edições.

Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora-Significação Psiconeurológica dos seus fatores*. 3^a Edição. Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. e Martins, R. (2001). *Progressos em Psicomotricidade*. V Edições FMH. Cruz Quebrada.

Galéra, C., Taupiac, E., Fraise, S., Naudion, S., Toussaint, E., Rooryck-Thambo, C., e Bouvard, M. (2009). Socio-behavioral characteristics of children with Rubinstein-Taybi syndrome. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(9), 1252-1260, doi: 10.1007/s10803-009-0733-4.

Godde, A., Tsao, R., Gepner, B. e Tardif, C. (2018). Characteristics of handwriting wuality and speed in adults with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 46, 19-28, doi: 10.1016/j.rasd.2017.11.005;

González, M., Dixon, D., Rojahn, J., Esbensen, A., Matson, J., Terlong, C., e Smith, K. (2009). The Behavior Problems Inventory: Reliability and Factor Validity in Institutionalized Adults with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, 223 – 235, doi: 10.1111/j.1468-3148.2008.00429.x.

- Grove, N., Bunning, K., Porter, J. e Olsson, C. (1999). See What I Mean: Interpreting the Meaning of Communication by People with Severe and Profound Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 12 (3), 190 – 203, doi: 10.1111/j.1468-3148.1999.tb00076.x.
- Guess, D., Roberts, S., Siegel-Causey, E., Ault, M., Guy, B., Thompson, B. e Rues, J. (1993). Analysis of behavior state conditions and associated environmental variables among students with profound handicaps. *American Journal on Mental Retardation* 97, 634- 653.
- Hallam, T. e Bourtchouladze, R. (2006). Rubinstein-Taybi syndrome: molecular findings and therapeutic approaches to improve cognitive dysfunction. *Cellular and molecular life sciences*, 63(15), 1725, doi: 10.1007/s00018-005-5555-8.
- Harries, J., Guscia, R.; Nettelbeck, T. e Kirby, N. (2009). Impact of Additional Disabilities on Adaptive Behavior and Support Profiles for People with Intellectual Disabilities. *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*. 114 (4), 237-253, doi: 10.1352/1944-7558-114.4.237-253.
- Harris, J. (2006). *Intellectual disability: understanding its development, causes, classification, evaluation and treatment*. Oxford University Press.
- Harris, J. (2010). *Intellectual Disability – a guide for families and professionals*. Oxford University Press. USA.
- Harris, J. e Greenspan, S. (2016). Definition and Nature of Intellectual Disability. In *Handbook of Evidence-Based Practices in Intellectual and Developmental Disabilities* (pp. 11-39). Springer International Publishing.
- Hartley, S. e McLean Jr, W. (2009). Stressful Social Interactions Experienced by Adults with Mild Intellectual Disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114 (2): 71-84, doi: 10.1352/2009.114.71-84.
- Hartman, E., Houwen, S., Scherder, E. e Visscher, C. (2010). On the relationship between motor performance and executive functioning in children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54 (5), 468 – 477, doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01284.x.
- Hennekam, R. (2006). Rubinstein–Taybi syndrome. *European Journal of Human Genetics*, 14 (9), 981.
- Henry, L. e Maclean, M. (2002). Working memory performance in children with and without intellectual disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 421 – 432, doi: 10.1352/0895-8017(2002)107<0421:WMPICW>2.0.CO;2.
- Hilgenkamp, T., van Wijck, R. e Evenhuis, H. (2011). (Instrumental) activities of daily living in older adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32:1977 – 1987, doi: 10.1016/j.ridd.2011.04.003.
- Iacono, T. e Johnson, H. (2004). Patients with disabilities and complex communication needs. The GP consultation. *Australian Family Physician*, 33 (8): 585-589.
- Jankowicz-Szymanska, A., Mikołajczyk, E. e Wojtanowski, W. (2012). The effect of physical training on static balance in young people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 675-681. doi: 10.1016/j.ridd.2011.11.015
- Jardim, N. e Santos, S. (2016). Effects of a Psychomotor Intervention in Water in the Quality of Life of Adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *Journal of Novel Physiotherapy and Physical Rehabilitation*. 3(1): 53-60, doi: 10.17352/2455-5487.000036
- Júnior, A., Afonso, C. e Santos, S. (2017). La musica nell'intervento psicomotorio com adulti com difficoltà intellettive ed evolutive – Contributo per il comportamento adattivo. *Ricerca e Studi (ReS)*, 1: 2-10

- Jurado M. e Rosselli M. (2007) The elusive nature of executive functions: a review of our current understanding. *Neuropsychology Review*, 17, 213 – 233, doi: 10.1007/s11065-007-9040-z.
- Kay, J, Clegg, J., Emck, C., e Standen, P. (2016). The feasibility of psychomotor therapy in acute mental health services for adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 41(1), 54-60, doi: 10.3109/13668250.2015.1094037
- Kiani, R. e Miller, H. (2010). Sensory impairment and intellectual disability. *Advances in Psychiatric Treatment*. 16: 228-235. doi: 10.1192/apt.bp.108.005736
- Lambert, N., Nihira, K., e Leland, H. (1993). *Adaptive Behavior Scale—School*, second edition. Austin, TX: PRO-ED;
- Lei n.º 71/98, de 3 de Novembro. Bases do enquadramento jurídico do voluntariado, Diário da República, 1ª Série, 254/1998, 5694 – 5696 Retirado de: <https://data.dre.pt/eli/lei/71/1998/11/03/p/dre/pt/html>
- Lepore, M. (2011). Aquatics. In J. Winick, *Adapted Physical Education and Sport*, (481-501) 5ª Eds. Human Kinetics.
- Liu, W., Lin, P., Lien, H., Wang, H., Wong, A. e Tang, S. (2014). Spatio-temporal gait characteristics in children with Tourette syndrome: A preliminary study. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 2008-2014, doi: 10.1016/j.ridd.2014.04.025;
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A., ... e Tassé, M. (2002). *Mental Retardation: Definitions, Classification and Systems of Supports*. 10th Edition. AAMR.
- Luckasson, R., e Schalock, R. (2013). Defining and applying a functionality approach to intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(7), 657- 668, doi: 10.1111/j.1365-2788.2012.01575.x.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As Práticas Entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa, Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Martins, R. (2010). Prefácio. In A. R. Matias (Ed.), *Psicomotricidade no meio aquático - na primeira infância*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial, Lda.
- Matias, A. (2005). Terapia psicomotora em meio aquático. *A Psicomotricidade*. 5. 68-76.
- Matias, A., (2010). *Psicomotricidade no Meio Aquático na Primeira Infância*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial, Lda.
- Matson, J., Dempsey, T., e LoVullo, S. (2009). Characteristics of social skills for adults with intellectual disability, autism and PDD-NOS. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(1), 207-213, doi: 10.1016/j.rasd.2008.05.006.
- McDermott, S., Durkin, M., Schupf, N. e Stein, Z. (2007). Epidemiology and Etiology of Mental Retardation. In Jacobson, J., Mulick, J. e Rojahn, J. (Eds.) *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*, 3-40. Springer.
- McKenzie, J. (2013). Models of intellectual disability: towards a perspective of (poss)ability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57 (4), 370 – 379, doi: 10.1111/j.1365-2788.2012.01547.x.
- Milani, D., Manzoni, F., Pezzani, L., Ajmone, P., Gervasini, C., Menni, F., e Esposito, S. (2015). Rubinstein-Taybi syndrome: clinical features, genetic basis, diagnosis, and management. *Italian Journal of Pediatrics*, 41 (1), 4, doi: 10.1186/s13052-015-0110-1.
- Morais, A., Novais, R. e Mateus, S. (2005). Psicomotricidade em Portugal. *A Psicomotricidade*, (5), 41-49.

- Morato P. e Santos, S., (2007). Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. A Mudança de Paradigma na Conceção da Deficiência Mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 14: 51-55.
- Núñez, J. e Adelantado, P. (2007). *Psicomotricidad y educación infantil*. CEPE.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade*. Lisboa: Direção-geral da Saúde.
- Paterson, L., McKenzie, K. e Lindsay, B. (2011). Stigma, Social Comparison and Self-Esteem in Adults with an Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25: 166 – 176, doi: 10.1111/j.1468-3148.2011.00651.x.
- Peters-Scheffer, N., Didden, R., e Lang, R. (2016). Intellectual disability. In J. Matson (Ed.), *Comorbid conditions among children with autism spectrum disorders* (pp. 283 – 300). New York, NY: Springer.
- Petrif, F., Giles, R., Dauwerse, H., Saris, J., Hennekam, R., Masuno, M., ... e Breuning, M. (1995). Rubinstein-Taybi syndrome caused by mutations in the transcriptional co-activator CBP. *Nature*, 376(6538), 348, doi: 10.1038/376348a0.
- Piek, J., Dawson, L., Smith, L. e Gasson, N. (2008). The role of early fine and gross motor development on later motor and cognitive ability. *Human Movement Science*, 27(5): 668–681. doi: 10.1016/j.humov.2007.11.002;
- Pitteri, F. (2004). O exame psicomotor. *A psicomotricidade*, 3, 47-52.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., e Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: what's in a name. *The Open Complementary Medicine Journal*, 2(1), 105-113.
- Ramos, J., Estevens, M., Sousa, E., Gomes, F. e Santos, S. (2017). A Atividade Motora Adaptada na capacidade funcional de indivíduos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental com mais de 40 anos. *Revista da Federação Portuguesa de Desporto para Deficientes*. 3(1), 55-67
- Regulamento Interno do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais – RIRACP. (2016). Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa. Documento não publicado
- Rodrigues, S. (1991). *Métodos e estratégias em educação especial. Antologia de texto* – Volume I. FMH edições.
- Roebers C. e Kauer M. (2009). Motor and cognitive control in a normative sample of 7-year-olds. *Developmental Science*, 12 (1), 175 – 181, doi: 10.1111/j.1467-7687.2008.00755.x.
- Rosenberg, S. e Abbeduto, L. (2013). *Language and Communication in Mental Retardation: Development, Processes and Intervention*. Psychology Press.
- Rowe, J., Lavender, A. e Turk, V. (2006) Cognitive executive function in Down's syndrome. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 5 – 17, doi: 10.1348/014466505X29594.
- Rubinstein, J. e Taybi, H. (1963). Broad thumbs and toes and facial abnormalities. A possible mental retardation syndrome. *American Journal of Diseases of Children*. 105 (6), 588–608, doi: 10.1001/archpedi.1963.0208004059
- Salvador-Carulla, L., Reed, G., Vaez-Azizi, L., Cooper, S., Martinez-Leal, R., Bertell, M., ... e Saxena, S. (2011). Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for “mental retardation/intellectual disability” in ICD-11. *World Psychiatry*, (10), 175-180.

- Santos, S. (2003). Comportamento Adaptativo e Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1(2), 34-40.
- Santos, S. (2012). Conclusão. In Santos, S. e Morato, P. (Ed.). *Comportamento Adaptativo - 10 anos depois* (167-173). FMH Edições.
- Santos, S. (2014). Adaptive Behaviour on the Portuguese Curricula: A comparison between Children and Adolescents with and without Intellectual Disability. *Creative Education*, 5, 501-509, doi: 10.4236/ce.2014.57059;
- Santos, S. (2017). Psychomotor therapy e intellectual disability: from 0 to 100. *International Journal of Psychology and Neuroscience (IJPN)*, 3(2), 22-37;
- Santos, S. e Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Coleção Educação Especial. Nº8. Porto Editora.
- Santos, S. e Morato, P. (2004). *Escala de Comportamento Adaptativo – fichas de registo* (documento não publicado);
- Santos, S. e Morato, P. (2007). Estudo exploratório do comportamento adaptativo no domínio psicomotor em populações portuguesas com dificuldade intelectual e desenvolvimental. *A Psicomotricidade*, 9, 21 – 31.
- Santos, S. e Morato, P. (2012). *Comportamento Adaptativo - 10 anos depois*. FMH Edições.
- Santos, S., Morato, P. e Luckasson, R. (2014). Psychometric properties of the Portuguese version of the adaptive behavior scale. *Intellectual Developmental Disabilities*, 52(5), 379-87, doi: 10.1352/1934-9556-52.5.379.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., ... e Reeve, A. (2010). *Intellectual Disability –Definition, Classification, and Systems of Supports*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. 11ª Edição, Washington, D. C.
- Schalock, R. e Luckasson, R. (2004). American Association on Mental Retardation's Definition, Classification, and System of Supports and Its Relation to International Trends and Issues in the Field of Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 1:136–146, doi: 10.1111/j.1741-1130.2004.04028.x.
- Schalock, R. e Luckasson, R. (2015). A Systematic Approach to Subgroup Classification in Intellectual Disability. *Intellectual and development disabilities*, 53 (5), 358-366, doi: 10.1352/1934-9556-53.5.358.
- Schalock, R., Luckasson, R., Shogren, K., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., ... e Yeager, M. (2007). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 45 (2), 116-124, doi: 10.1352/1934-9556(2007)45[116:TROMRU]2.0.CO;2.
- Scotland, J., McKenzie, K., Cossar, J., Murray, A. e Michie, A. (2015). Recognition of facial expressions of emotion by adults with intellectual disability: Is there evidence for the emotion specificity hypothesis?. *Research in Developmental Disabilities*, 48, 69-78, doi: 10.1016/j.ridd.2015.10.018.
- Seo, H., Shogren, K., Wehmeyer, M., Little, T. e Palmer, S. (2017). The Impact of Medical/Behavioral Support Needs on the Supports Needed by Adolescents With Intellectual Disability to Participate in Community Life. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 122(2), 173-191, doi: 10.1352/1944-7558-122.2.173.
- Shah, H., Singh, G., Vijayan, S. e Girisha, K. (2011). Second report of slipped capital femoral epiphysis in Rubinstein-Taybi syndrome. *Clinical Dysmorphology*, 20:55–7, doi: 10.1097/MCD.0b013e32833f000

- Shogren, K., Wehmeyer, M., Seo, H., Thompson, J., Schalock, R., Hughes, C., ... e Palmer, S. (2016). Examining the Reliability and Validity of the Supports Intensity Scale–Children’s Version in Children With Autism and Intellectual Disability. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 1-12, doi: [10.1177/1088357615625060](https://doi.org/10.1177/1088357615625060).
- Sigafoos, J., Lancioni, G., O’Reilly, M., Lang, R., Singh, N., Didden, R., ... e Marschik, P., (2016). Communication. In N. Singh (ed.). *Handbook of Evidence-Based Practices in Intellectual and Developmental Disabilities* (pp. 823 – 850). Switzerland: Springer.
- Sigafoos, J., O’Reilly, M. e Green, V. (2007). Communication difficulties and the promotion of communication skills. In A. Carr, G. O’Reilly, P. Noonan Walsh, e J. McEvoy (Eds.), *The handbook of intellectual disability and clinical psychology practice* (pp. 606–642). London: Routledge.
- Silva, F., Veríssimo, J., Carneiro, M., Felix, S. e Santos, S. (2018). Comportamento Autoabusivo em Crianças e Jovens com DID. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*,
- Simonoff, E., Pickles, A., Wood, N., Gringras, P. e Chadwick, O. (2007). ADHD symptoms in children with mild intellectual disability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (5), 591 – 600, doi: 10.1097/chi.0b013e3180323330.
- Smits-Engelsman, B. e Hill, E. L. (2012). The relationship between motor coordination and intelligence across the IQ range. *Pediatrics*, 130 (4), 950-956, doi: 10.1542/peds.2011-3712;
- Stevens, C., Carey, J. e Blackburn, B. (1990). Rubinstein-Taybi syndrome: A natural history study. *American Journal of Medical Genetics*, 37(S6), 30-37.
- Tassé, M., Luckasson, R., e Schalock, R. (2016). The Relation Between Intellectual Functioning and Adaptive Behavior in the Diagnosis of Intellectual Disability. *Intellectual and developmental disabilities*, 54(6), 381-390, doi: 10.1352/1934-9556-54.6.381.
- Tassé, M., Schalock, R., Balboni, G., Bersani, H. Jr., Borthwick-Duffy, S., Spreat, ... e Zhang, D. (2012). The construct of adaptive behavior: Its conceptualization, measurement, and use in the field of intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117, 291–303, doi: 10.1352/1944-7558-117.4.291.
- Thompson, J., Bryant, B., Campbell, E., Craig, E., Hughes, C., Rotholz, D., ... e Wehmeyer, M. (2004). *Supports Intensity Scale*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Thompson, J., Bradley, V., Buntinx, W., Schalock, R., Shogren, K., Snell, M., ... e Yeager, M. (2009). Conceptualizing Supports and Support Need of People with Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities. American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 47 (2), 135-146, doi: : 10.1352/1934-9556-47.2.135.
- Unterrainer, J., Rahm, B., Kaller, C., Leonhart, R., Quiske, K., Hoppe-Seyler, C., ... e Halsband, U. (2004). Planning Abilities and the Tower of London: Is This Task Measuring a Discrete Cognitive Function?. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 26 (6), 846 – 856, doi: 10.1080/13803390490509574.
- Valente, P., Santos, S., e Morato, P. (2011). A Intervenção Psicomotora como (um sistema de) apoio na população com dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental. *A Psicomotricidade*, 15, 10-23.
- Van de Kar, A., Houge, G., Shaw, A., De Jong, D., van Belzen, M., Peters, D. e Hennekam, R. (2014). Keloids in Rubinstein–Taybi syndrome: A clinical study. *British Journal of Dermatology*, 171(3), 615-621, doi: 10.1111/bjd.13124.

- Van der Molen, M., Van Luit, J., Jongmans, M. e Van der Molen, M. (2007) Verbal working memory in children with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51 (2), 162 – 169, doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00863.x.
- Van der Molen, M., Van Luit, J., Van der Molen, M. e Jongmans, M. (2010). Everyday Memory and Working Memory in Adolescents With Mild Intellectual Disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 115 (3), 207-217, doi: 10.1352/1944-7558-115.3.207.
- Van der Schuit, M., Segers, E., van Balkom, H. e Verhoeven, L. (2011). How cognitive factors affect language development in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1884 – 1894, doi: [10.1016/j.ridd.2011.03.015](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.03.015).
- Vanetsanou, F. e Kambas, A. (2010). Environmental Factors Affecting Preschooler's Motor Development. *Early Childhood Educational Journal*, 37, 319 - 327.
- Vissers, L., Gilissen, C., e Veltman, J. (2016). Genetic studies in intellectual disability and related disorders. *Nature Reviews Genetics*, 17(1), 9-18, doi: 10.1038/nrg3999
- Vuijk, P., Hartman, E., Scherder, E., e Visscher, C. (2010). Motor performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning. *Journal of intellectual disability research*, 54 (11), 955-965, doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01318.x.
- Waite, J., Moss, J., Beck, S. R., Richards, C., Nelson, L., Arron, K., ... e Oliver, C. (2015). Repetitive behavior in Rubinstein–Taybi syndrome: Parallels with autism spectrum phenomenology. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(5), 1238-1253, doi: 10.1007/s10803-014-2283-7.
- Wassenberg, R., Kessels, A., Kalff, A., Hurks P., Jolles, J., Feron, F., ... e Vles, J. (2005). Relation between cognitive and motor performance in 5- to 6-year-old children: results from a large-scale cross-sectional study. *Child development*, 76 (5), 1092 – 1103, doi: [10.1111/j.1467-8624.2005.00899.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00899.x)
- Watkins, L., Kuhn, M., O'Reilly, M., Lang, R., Sigafoos, J., e Lancioni, G. E. (2016). Social Skills. In N. Singh (ed.). *Handbook of Evidence-Based Practices in Intellectual and Developmental Disabilities* (pp. 493 – 509). Switzerland: Springer.
- Wehmeyer, M., Buntix, W., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Schalock, R., Verdugo, M., ... e Yeager, M. (2008). The Intellectual Disability Construct and Its Relation to Human Functioning. *Intellectual and developmental disabilities*, 46(4), 311-318, doi: 10.1352/1934-9556(2008)46[311:TIDCAI]2.0.CO;2.
- World Health Organization [WHO] (2015). Internal Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)- 2015-WHO Version. Consultado a 15 de Novembro de 2017 em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/F70-F79>
- Woolf, S., Woolf, C. e Oakland, T. (2010). Adaptive Behavior Among Adults With Intellectual Disabilities and Its Relationship to Community Independence. *Intellectual And Developmental Disabilities*. 48(3): 209-215. doi: 10.1352/1944-7558-48.3.209
- Wuang, Y. e Su, C. (2009). Reliability and responsiveness of the Bruininks–Oseretsky Test of Motor Proficiency-in children with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 30(5), 847-855, doi: 10.1016/j.ridd.2008.12.002.
- Wuang, Y., Wang, C., Huang, M. e Su, C. (2008). Profiles and cognitive predictors of motor functions among early school-age children with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 (12), 1048 – 1060, doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.01096.x.

Yagihashi, T., Kosaki, K., Okamoto, N., Mizuno, S., Kurosawa, K., Takahashi, T., ... e Kosaki, R. (2012). Age-dependent change in behavioral feature in Rubinstein-Taybi syndrome. *Congenital Anomalies*, 52:82–6. doi: 10.1111/j.1741-4520.2012.00356.x.

Zikl, P., Holoubková, N., Karásková, H., e Veselíková, T. B. (2013). Gross Motor Skills of Children with Mild Intellectual Disabilities. *International Journal of Social, Human Science and Engineering*, 7 (10), 3379 – 3385.

Zolkowska, T. e Kaliszewska, K. (2014). The social construction of social identity of people with intellectual disability. *International journal of developmental disabilities*, 60 (1), 3 – 12, doi: [10.1179/2047387712Y.0000000009](https://doi.org/10.1179/2047387712Y.0000000009)

10. Anexos

10.1. Anexo A

Consentimento Informado Livre e de Responsabilidade

Caros Encarregados de Educação ou representantes legais,

Eu, Bruno Miguel da Silva Soares, aluno do 2º ano da Mestrado de Reabilitação Psicomotora pela Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, no âmbito do meu estágio curricular no Ramo de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais realizado na CERCICA, venho por este meio, solicitar a sua autorização para a participação do seu educando nas Atividades de Estudo de Caso, a decorrer entre os meses de janeiro e Junho de 2018.

A avaliação – Estudo de Caso – visa uma melhor compreensão do desenvolvimento psicomotor do indivíduo com Intervenção Psicomotora na CERCICA (Núcleo Terapêutico e de Atividade Motora – CerMov). O presente pedido destina-se à obtenção de dados concretos do seu educando procedendo-se à sua avaliação e intervenção psicomotora, no sentido da promoção de capacidade adaptativa, funcional e consequentemente, da qualidade de vida. Pretende-se utilizar o seguinte procedimento:

- Utilizar o instrumento de avaliação “*Teste de avaliação psicomotora*”, com o objetivo de avaliar as capacidades e dificuldades do seu familiar nos diferentes domínios: autonomia (capacidade de realização das Atividades de Vida Diária e independência pessoal); competências sociais (a interação/socialização com o outro); fatores psicomotores (que englobam a tonicidade, equilíbrio, estruturação espaciotemporal, noção do corpo, lateralização, praxia global e praxia fina).
- Escala do Comportamento Adaptativo versão Portuguesa (ECAP), para avaliar a independência pessoal e comunitária do indivíduo. O preenchimento deve ser realizado com a colaboração do técnico.
- Utilizar meios audiovisuais durante a avaliação, de modo a facilitar a mesma.
- Consultar documentos/informação presentes no processo do seu educando, na CERCICA, e contactar com Professores e/ou Técnicos.
- Traçar um Plano de Intervenção Psicomotora com base nas Informações recolhidas e concretizar a sua implementação, em contexto institucional, durante o horário do atual apoio em Hidroterapia, assim como no horário do ATL.

Informa-se que a confidencialidade e a privacidade dos resultados obtidos, assim como os registos de imagem realizados durante as sessões, serão asseguradas pelo anonimato da identificação do seu educando e utilizados apenas para fins académicos (no Relatório de Estágio Curricular Mestrado em Reabilitação Psicomotora). A participação do seu educando no estudo é completamente voluntária. Não existe nenhuma penalização caso seja da vontade que o seu educando não participe no estudo, podendo sair do mesmo em qualquer altura se o desejar.

No final da prática de Estágio ser-lhe-á facultado, caso manifeste o seu interesse, um exemplar do estudo realizado.

Os Responsáveis do Estudo

Bruno Soares (estagiário)

Professora Doutora Sofia Santos – Orientadora Institucional (FMH)

Técnico João Paixão – Orientador Local (CERCICA)